

Образац – 1

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ ФАКУЛТЕТ: МЕДИЦИНСКИ



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊА ЛУЦИ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ БАЊА ЛУКА

Примљено:	13.03.2017.
Орг. ред. број:	
Датум:	13.03.2017.

**ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ**

*О пријављеним кандидатима за избор наставника и сарадника узвише*

**I. ПОДАЦИ ОКОНКУРСУ**

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: Одлука Сената  
Универзитета у Бањој Луци број: 14259 од 01.02.2017.

Ужа научна/умјетничка област: Хирургија

Назив факултета: Медицински факултет

Број кандидата који се бирају: 1

Број пријављених кандидата: 1

Датум и мјесто објављивања конкурса: Дневни лист Глас Српске, сриједа 01.02.2017, Бања  
Лука

Састав комисије: Проф. др Предраг Грубор, редовни професор  
Медицински факултет, Бања Лука  
Проф. др Александар Јаковљевић, ванредни професор  
Медицински факултет, Бања Лука  
Проф. др Зденко Остојић, редовни професор  
Медицински факултет, Мостар

Пријављени кандидати: Прим. др сц. мед. Горан Галић

ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

**а) Основни биографски подаци :**

Име (име оба родитеља) и презиме:	Горан (Радивој и Душанка) Талић
Датум и мјесто рођења:	08.01.1959. Бања Лука
Установе у којима је био запослен:	Амбуланта "Руди Чајевац" Бања Лука; Завод за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука
Радна мјеста:	Доктор медицине у амбуланти "Руди Чајевац" Бања Лука; Специјалиста ортопедске хирургије и трауматологије у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука; Шеф Ортопедије Завода за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука; Генерални директор Завода за физикалну Медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука.
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Члан Коморе доктора медицине Републике Српске Члан удружења ортопеда Републике Српске

**б) Дипломе и звања:**

<b>Основне студије</b>	
Назив институције:	Медицински факултет Бања Лука
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука 1985.
Просјечна оцјена из цијелог студија:	<b>8,23</b>
<b>Постдипломске студије:</b>	
Назив институције:	
Звање:	
Мјесто и година завршетка:	
Наслов завршног рада:	
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	
Просјечна оцјена	

Докторске студије/докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет Мостар
Мјесто и година одбране докторске дисертације:	Мостар 2016. године
Назив докторске дисертације:	Проширене вене и пролапс материце у болесница лијечених од идиопатске сколиозе
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Подручје биомедицина и здравство, поље клиничке медицине, грана ортопедија
Претходни избори у наставна и научна звања(институција, звање, година избора)	Асистент на предмету Хирургија, Медицински факултет Бања Лука, 1997-2000.

**в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата**

**Рад у водећем научном часопису међународног значаја**

1. **Goran Talić**, Ljerka Ostojić, Snježana Novaković-Bursać, Tatjana Nožica-Radulović, Đurdica Stevanović-Papić. Idiopathic scoliosis from psychopathological and mini body medicine perspectives, *Psychiatria Danubina*, 2016.Vol.28. No4, pp357-362.

*Идиопатска сколиоза дефинисана је као тродимензионални деформитет кичме који се појављује у адолесцентно доба, чешиће дјевојчица. Многе студије су документовале већи број психолошких и менталних поремећаја код пацијената са идиопатском сколиозом, него код оних који немају сколиозу. Узимајући у обзир све већу улогу хируршког лијечења идиопатских сколиоза као и извјештаја о негативном психолошком утицају оваквих интервенција, све је већа потреба за бригом за ментално здравље ове популације. Потребно је утврдити да ли конзервативно лијечени и излијечени испитаници од идиопатске сколиозе имају мање психосоматске тегобе. Разумјевајући комплексан однос између психолошког профила и деформитета кичме клиничар би требао приступати сваком пацијенту са специфичним третманом и предвиђати клиничке резултате у овој популацији.*

**(12 бодоваx0.5)=6 бодова**

**Рад у научном часопису међународног значаја**

1. Dragana Dragicevic-Cvjetkovic, Siniša Bijeljac, Stanislav Palija, **Goran Talić**, Tatjana Nožica-Radulović, Milkica Glogovac Kosanovic, Slavko Manojlovic. Isokinetic Testing in Evaluation Rehabilitation Outcome After ACL Reconstruction. *Med.Arh.*2015;69(1):21-3

*У рехабилитацији пацијената након реконструкције предњег укрштеног лигамента кољена користе се различити протоколи. Изокинетичко тестирање као објективан начин евалуације динамичке стабилности кољена омогућава процјену квалитета исхода рехабилитације након реконструкције предњег*



укрштеног лигаментa. Циљ нашег истраживања је да се покаже важност изокинетичког тестирања у процјени снаге мишића наткољенице код пацијената који су подвргнути реконструкцији предњег укрштеног лигаментa и рехабилитационом протоколу. Проспективном студијом обухваћено је 40 испитаника подјељених у двије групе. Експерименталну групу ( $n_1=20$ ) представљали су рекреативци 6 мјесеци након реконструкције предњег укрштеног лигаментa методом ST-gracilis који су провели рехабилитацију према важећем протоколу 6 мјесеци прије изокинетичког тестирања. Контролна група састојала се од здравих мушкараца рекреативаца ( $n_2=20$ ). Код свих испитаника тестирана је снага мишића на Biodex system 4 Pro Isokinetic Dynamometer при брзинама  $60^\circ/\text{секунди}$  и  $180^\circ/\text{секунди}$ . Параметри праћења били су  $PT/BW$  (peak torque to body weight) и класични омјер агониста/антагониста ( $HQ$  indeks). У статистичкој обради кориштен је Студентов  $t$ -тест. Постоји статистички значајна разлика између група у свим мјереним параметрима осим средње вриједности  $PT/BW$  квадрицепса при брзини  $60^\circ/\text{секунди}$  ( $p>0,05$ ). Изокинетичко тестирање динамичких стабилизатора кољена показало се као потреба у дијагностици и терапији мишићног дисбаланса наткољенице. Сматрамо да је изокинетичко тестирање објективан показатељ могућности повратку спортским активностима након реконструкције предњег укрштеног лигаментa

(10 бодова  $\times 0,3$ )=3 бода

2. Dragana Dragičević Cvjetković, Slavica Jandrić, Siniša Bijeljac, Stanislav Palija, Slavko Manojlović, **Goran Talić**: The Effects of Rehabilitation Protocol on Functional Recovery After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Med Arh, 2014 Oct;68(5):350-352.

Примјеном протокола постоперативне рехабилитације који је прилагођен примјењеној хируршкој техници очекује се постизање оптималног исхода лијечења тј. функционални опоравак на ниво од прије повреде. Циљ рада је био приказати ефекат примјењеног протокола рехабилитације у нашој установи на функционални опоравак пацијената након реконструкције предњег укрштеног лигаментa кољена. У проспективној студији праћено је 70 болесника након лигаментопластике LCA тетивама  $m. semitendinosus$  и  $m. gracilis$ -а подјељених у двије групе (група А и група Б) по 35 испитаника према начину провођења постоперативне рехабилитације. Испитаници групе А су проводили рехабилитациони постоперативни третман према актуелном протоколу, а испитаници групе Б су рехабилитацију проводили без примјене истог. Параметри праћења били су обим наткољене мускулатуре и модификовани Tegner Lysholm скор преоперативно и постоперативно након 1, 3, 6 и 12 мјесеци. У статистичкој анализи тимјењен је Студентов  $t$ -тест. Постоји статистички значајна преоперативно-постоперативна разлика у обиму мишића наткољенице између поређених група мјесец дана након лигаментопластике предњег укрштеног лигаментa, и то у корист групе А ( $p<0,05$ ). Ова разлика је статистички високо значајна у осталим постматраним периодима ( $p<0,01$ ). Нађена је статистички високо значајна разлика код испитаника групе А у вриједностима модификованог Tegner Lysholm skora мјереног мјесец дана, те након 3 и 6 мјесеци постоперативно ( $p<0,01$ ). Закључак је да повољан ефекат примјењеног протокола рехабилитације се испољава кроз сигнификантно побољшање обима наткољене мускулатуре и бржи функционални опоравак.

(10 бодова  $\times 0,3$ )=3 бода



3. Jandrić Slavica, Talić Goran, Spasojević Goran. Outcome of the pediatric post-traumatic contracture of the elbow. Med Arh, 2008;62(3):149-52.

*Контрактура лакта код дјеце могу бити посљедица различитих повреда у овој регији. Овим радом се приказује анализа резултата терапије контрактура лакта код дјеце у односу на иницијалну повреду и да утврди да ли године имају ефекта на дужину хоспитализације дјеце са посттрауматском контрактуром лакта. У серији од 75 испитаника (51 дјечак и 21 дјевојчице) просјечне старости 9,1±3,2 година који су лијечени у рехабилитационом центру због посттрауматске контрактуре лакта. Просијечно трајање рехабилитације је било 41 дан. Рехабилитација је укључивала процедуре физикалне терапије и имобилизације. Контролна група здравих је имала 80 дјеце. Обим покрета у лакту је мјерен сваком дјетету гониометром. Најчешће је контрактура лакта на почетку код дјеце са д супракондиларним прелома 39( 52%), а на крају физикалне терапије контрактуру су имала дјеца са кондиларним прелом 7(9,3%). Резултати терапије су били најбољи код дјеце која су имала супракондиларне преломе и то њих 34(87,2%) је имало пун обим покрета лакта по завршетку терапије. Просијечан обим покрета у лакту послје терапије код испитаника износио је 124,1°. Старост дјеце није статистички значајно утицала на дужину лијечења (r=0.267282). Физикална терапија има повољан ефекат на резултате лијечења контрактура лакта код дјеце а године старости значајно не утичу на дужину хоспитализације.*

10 бодова

**Рад у научном часопису националног значаја**

1. Goran Talić, Ljerka Ostojić, Tatjana Nožica-Radulović, Đurđica Stevanović-Papić: Varicose Veins and Uterine Prolapse in Female Patients Treated for Idiopathic Scoliosis. Scr Med. 2016: 47: 114-120.

*У доступним литературним изворима постоје изоловани подаци о вези поремећене синтезе кологена и лоше постуре са појавом проширених вена и пролапса материце, али циљаних студија нема. Циљ рада је утврдити учесталост проширених вена и/или пролапса материце код жена лијечених од идиопатске сколиозе у односу на контролну групу-жене које никад нису лијечене због идиопатске сколиозе. Студија је креирана као студија просијека. Учесталост проширених вена и пролапса материце код жена лијечених од идиопатске сколиозе је посматрана у односу на контролну групу. Резултати су обрађени дескриптивно и употребом тестова статистичког закључивања, а вриједност групе је  $p < 0,05$  узете су као статистички значајне. Учесталост проширених вена је статистички значајно у групи жена које су лијечене због идиопатске сколиозе у односу на контролну групу, док није забиљежен нити један случај пролапса материце. Закључили смо да савремени приступ лијечењу идиопатске сколиозе подразумијева постојање мултидисциплинарних тимова за сколиозу у установима која се баве овом проблематиком. Њихов задатак је рад је на превенцији, раној дијагностици, адекватном терапијском приступу заснованом на медицинским доказима, али и континуираним истраживачка активност која за циљ има побољшање квалитета живота.*

(6 bodova x 0.75) = 4.5 бода

**2. Talić Goran, Ostojić Ljerka, Nožica-Radulović Tatjana, Stevanović-Papić Đurđica.**

Proširene vene kod bolesnica liječenih od idiopatske skolioze. *Respiratio* 2016;6(1-2):63-69.

*У доступним литературним изворима постоје изоловани подаци о вези поремећене ко синтезе колегена и лоше постуре са појавом проширених вена, али циљаних студија заправо и нема. Циљ рада је утврдити учесталост проширених вена код жена лијечених од идиопатске сколиозе и утврдити везу између проширених вена са начином лијечења који је детерминисан тежином сколиозе. Студија је креирана као студија пресека. Учесталост проширених вена код жена лијечених од идиопатске сколиозе је посматрана на контролну групу (жене које нису никад лијечене због идиопатске сколиозе). Резултати су обрађени дескриптивно и употребом тестова статистичког закључивања, а као статистички значајне узете су вриједности гдје је  $p < 0,05$ . Учесталост проширених вена је статистички значајно већа у групи жена које су лијечене због идиопатске сколиозе у односу на контролну групу, док врста лијечења не утиче на појаву нити стадиј проширених вена. Савремени приступ лијечењу идиопатске сколиозе подразумева постојање мултидисциплинарних тимова за сколиозу у установима који се баве овом проблематиком. Њихов задатак је рад на превенцији, раној дијагностици, адекватном терапијском приступу, заснованом на медицинским доказима, али и континуирана истраживачка активност која за циљ има побољшање квалитета живота.*

**(0.5x6 bodova)=3 бода**

**3. Tatjana Nožica-Radulović, Tatjana Erceg, Slavko Manojlović, Goran Talić, Milica Lazović.** Uticaj preoperativne i rane postoperativne rehabilitacije na trajanje liječenja bolesnika sa ugrađenom totalnom endoprotezom kuka, *Scr Med* 2007;38,(2)87-90.

*Рехабилитација болесника са уграђеном тоталном ендопротезом кука започиње дијелом прије и оперативног захвата а наставља се након операције. Важно је да болесник активно учествује у његовој припреми за операцију а затим у процесу рехабилитације након уградње ендопротезе кука. Циљ рада је био да се испита утицај преоперативне и ране постоперативне рехабилитације на вријеме лијечење болесника са уграђеном тоталном ендопротезом кука. Испитивање је проведено у групи од 98 болесника на рехабилитацији након уградње тоталне ендопротезе кука. Болесници су подјелиени у двије групе. Прву групу је чинило 50 болесника који су имали организовану преоперативну и рану физикалну рехабилитацију, а другу 48 болесника који су имали постоперативну рехабилитацију. Болесници прве групе су рехабилитовани у Заводу др Мирослав Зотовић у Бања Луци од октобра 2003г. до јуна 2004 г., а друге групе током 1998.године. У контролној групи рехабилитација је статистички значајно дуже трајала. Усклађеним тимским радом и активним учешћем болесника у преоперативној припреми и рехабилитацији за оперативни захват, те добро организованом постоперативном рехабилитацијом у хируршкој јединици и ван ње скраћује се вријеме лијечења болесника са уграђеном тоталном протезом кука.*

**(0.5x6 bodova)=3 бода**



**Радови на скупу међународног значаја, штампани у Зборнику извода радова:**

1. Stevanović Papić Đurđica, **Talić Goran**, Stanojević Predrag, Dragić Dobrinka, Šolaja-Košćica Vladimira, Mirković Gabriela, Pjanić Samra. Korištenje robota (CAD-CAM tehnologija) u izradi Cheneau-у midera, Balneoclimatologia, 2015, 39 (2), 207-210.

*Израда ортопедских помагала увијек је представљала значајан медицински и технички изазов. У Заводу др Мирослав Зотовић Бања Лука увели смо CAD/CAM технологију у изради индивидуалних ортоза - CAD (компјутерско подржан дизајн), CAM (компјутерски подржана производња). Првенствено производимо спиналне ортозе-Cheneau мидер. Употром CAD/CAM технологије није потребно гипсање пацијента јер се мјере узимају преносним ласерским скенером који репродукује 3D софтвер. Највећа предност је могућност постављања радиолошког снимка пацијента у сам 3D модел, што омогућава прецизан дизајн и израду Cheneau мидера који ће задовољити веома комплексне биомеханичке захтијеве у лијечењу сколиотичког деформитета. Приликом израде мидера методом гипсаног отиска грешке при изради модел креће се око 18%, а кориштењем CAD/CAM технологије грешка је око 0,2%.*

**(Збола x0.3)=0.9 бодова**

2. Jovičić Ž, **Manojlović S**, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Early dislocations after THR. 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11.Maj. Split (Hrvatska).

*Најчешћа рана компликација након имплантације тоталне ендопротезе кука је дислокација протезе. Процент примарних дислокација креће се од 1-3%, док код ревизионих артропластика или артропластика које су посљедица тумора иде до 20% и нема знакова смањења преваленте. Циљ студије је ретроспективно анализирати пацијенте оперисане у нашој установи и показати најчешће узроке за дислокацију ендопротезе кука, као и њихов третман. Анализа је обухватила 76 пацијената који су лијечени на нашем одјељењу у периоду октобар 2003. - децембар 2013. године. Дијагноза - клинички симптоми (бол ограничење покрета, скраћен екстремитет и принудни положај) и РТГ. Пацијенти су третирани конзервативно ортопедском репозицијом и хируршки - ревизиона артропластика кука. Хируршка техника је стандардна за ревизиону операцију кука са антибиотском и тромбоемболијском профилаксаом укључујући 3 интраоперативна бриса. Резултати: Од 76 пацијената, примарно оперисаних у нашој установи су били 45 (1,59% од 2830 примарних артропластика кука). Њих 32 је третирано са затвореном ортопедском репозицијом, а 46 подвргнуто ревизионој операцији. Од укупно оперисаних пацијената примарна артропластика је рађена у нашој установи код 22 пацијента (0.77%). Код 27 пацијената извршена је реоријентација компоненти ендопротезе (углавном ацетабуларне), код 6 пацијената је замијењен ацетабуларни инсерт, код 10 је замијењена феморална главица ендопротезе и код 1 пацијента је имплантирана dual mobility ацетабуларна компонента. Нисмо имали ре-ревизионих операција. Главни узрок луксације ендопротезе је лоша хируршка техника (малпозиција, impingement), након чега слиједе фактори вазани за пацијента (абдукторна инсуфицијенција, непридржавање упутстава у вези са забрањеним покретима), као и фактори везани за имплантат (лош избор, неадекватан квалитет). Да би*



се смањила учесталост дислокације потребно је досљедно се придржавати се принципа хируршке технике за имплантацију примарне ендопротезе кука, преоперативног планирања и правилног избора имплантата, као и установљење националних регистра имплантата.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

3. Manojlovic Slavko, Siniša Bijeljac, Željko Jovicic, **Goran Talić**, Stanislav Palija, Petar Cvijić, Bojan Kuzmanović, Bojan Miholjčić, Milan Jovanović: Primary THR in cases of coxartrosis with high luxation of the hip, 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11.Maj. Split (Hrvatska).

Циљ рада је приказати начине и могућности за хируршко лијечење стања кукова са инсуфицијентним ацетабулумом као и показати своје ране резултате у тим третманима. Описани су начини реконструкције, како са биолошком и неболошком фиксацијом, као и врсте калемова за реконструкцију инсуфицијентног дијела ацетабулума. Описане су и процедуре за складиштење глава бутне кости у коштану банку и њихово касније кориштење. Студија обухвата 46 пацијентата са инсуфицијентним ацетабулумом оперисаних на ИФМР "Др Мирослав Зотовић" Бањалука у последње три године, од којих је 34 третирано са биолошким фиксацијом и 12 са неболошком фиксацијом. Тромбоемболијска профилакса спроведена нискомолекуларним хепарином најмање 8 дана, антибиотика најмање 3 дана. Рана постоперативна рехабилитација проведена према протоколу установе. Праћене су уобичајене интраоперативне ране и касне постоперативне компликације, као и квалитет живота у складу са Womac index-ом. Рани резултати са биолошком фиксацијом инсуфицијентног ацетабулума охрабрују, као и да је реституција анатомског центра ротације кука главни фактор у очекивању доброг клиничког и радиолошког исхода.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

4. Slavko Manojlović, Siniša Bijeljac, Željko Jovičić, **Goran Talić**, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Revision knee arthroplasty-early experiences. 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11.Maj. Split (Hrvatska).

Ревизиона хирургија је једна од тактички и технички најзахтевнијих ортопедских процедура и за њен успјех неопходно је да се идентификује и разумије проблем, као и да се обезбједи техничка подршка од институције. Циљ је био ретроспективно анализирати пацијенте оперисане у нашој установи и указати на најчешће индикације за ревизиону артропластику зглоба кољена, као и методе хируршког третмана и компликације ревизионе артропластике. Од јуна 2004. до јуна 2014. године имплантирано је преко 1700 примарних ендопротеза кољена, а урађена је 71 ревизиона операција, од чега 55 са имплантираном ендопротезом кољена. Пацијенти су подијељени према полу, старости, протеклом времену од примарне артропластике, типу импланта и индикацијама за ревизиону операцију. Значајно чешће су ране ревизионе операције (вријеме протекло од примарне операције до 2 године), а најчешћа индикација је инфекција, или септичко разлабављење, након чега сlijеди асептичко разлабављење и инсуфицијенција екстензорног апарата. Рјеђе индикације су перипротетичне фрактуре, руптура MCL и дислокација компоненти ендопротезе. Оперативни захвати који су извођени су замјена ендопротезе са примарном PS ендопротезом, затим имплантација PS ендопротезе са

феморалном и тибидјалном екстензијом, као и имплантација „hinge“ ендопротеза кољена. Неопходно је одмах уочити проблем у функционисању примарног имплантата и упутити пацијента у установу која има особље и технички потенцијал да изврши адекватну ревизиону хируршку интервенцију.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

5. Željko Jovičić, Slavko Manojlović, Siniša Bijeljac, **Goran Talić**, Stanislav Palija, Petar Cvijić, Bojan Kuzmanović, Bojan Miholjčić, Milan Jovanović: Lateral approach in primary TKR, 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11. Maj. Split (Hrvatska).

Код валгус деформитета кољена са ангулацијом већом од 10° постоји растезање меких структура са медијалне стране (прије свега MCL) и умјерена или озбиљна хитоплазија латералног кондила. Поред тога, постоји одређени степен латерализације пателе, вањска ротација тибидје и унутрашња ротација фемура. Циљеви су били представити предности латералног приступа за имплантацију тоталне ендопротезе кољена са валгус деформитетом кољена већим од 10° и са пателарном дислокацијом или сублуксацијом. Рад укључује 41 пацијента (32 жене, 9 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР „Др М. Зотовић“ у периоду мај 2008 - децембар 2014. Хируршка техника укључује латерални приступ зглобу кољена, који ће бити детаљно описан. Пацијенти су примали стандардну антибиотску и тромбоемболијску профилаксу и укључени су у програм ране рехабилитације са дозвољеним пуним ослоњцем на оперисану ногу од првог постоперативног дана. Сви пацијенти су праћени радиолошки и функционално (HHS, Womac index). Резултати: самим приступом врши се ослобађање и баланс, што обезбјеђује стабилност и пателарни тракинг. Код свих пацијената остварили смо за реституцију осовине доњег екстремитета. Нисмо уочили аваскуларну некрозу пателе, која је описана у литератури као најчешћа компликација овог приступа. У заључку - латерални приступ због својих предности је метода избора за имплантацију тоталне ендопротезе кољена код гонартрозе са валгусом кољена већим од 10°.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

6. Siniša Bijeljac, Slavko Manojlović, Željko Jovičić, **Goran Talić**, Stanislav Palija, Petar Cvijić, Bojan Kuzmanović, Bojan Miholjčić, Milan Jovanović: Anatomic ACL reconstruction, 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11. Maj. Split (Hrvatska).

Комбиноване повреде капсуло-лигаментарног апарата кољена јављају се при разноврсним физичким активностима, а често су узрок наглог окончања успјешних спортских каријера. Годишња учесталост повреда LCA у САД је 1:3000 у општој популацији, а 70% тих повреда се дешава приликом спортских активности. Радом је обухваћено 129 пацијената оперисаних због руптуре предњег укрштеног лигамента. Код 62 пацијента кориштен је грефон *m. semitendinosus-a* (четвороструки грефон), док је код 67 пацијената кориштен грефон тетиве *m. semitendinosus-a* и *m. gracilis-a* (два двострука грефона). Као начин фиксације у почетку је кориштен *endobutton* (феморално) + *endotack* (тибидјално), а касније се прешло на *endobutton*, *retrobutton* или *transfix* (феморално) + биоресорптивни шараф (тибидјално). Пацијентима је постављена кољена ортоза, дозвољаван је ослонац до 50% тјелесне тежине уз забрану хиперекстензије, а постоперативна рехабилитација се одвијала по протоколу службе у четири фазе. Просјечан период праћења је 21 мјесец (2 до 27 мјесеци). Пацијенти су праћени клинички и функционално (скала по Lyscholmi) и 93%



пацијената су имали добре резултате. При кориштењу *endobutton + endotack* фиксације долазило је до појаве *mini pivot shift-a*, а предње отварање тибије код 5 пацијената било је веће од 2 mm (2-5 mm). Други наведени начин фиксације дао је боље резултате. Артроскопске процедуре, у терапији повреда и обољења зглобова значајне су из више разлога, а првенствено се огледају у скраћењу времена хоспитализације и рехабилитације, те бржем повратку свакодневним активностима.

(0,3x3 бола)=0,9 бодова

7. Slavko Manojlović, Siniša Bijeljac, Željko Jovičić, **Goran Talić**, Palija Sstanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Surgical tretment of gonarthrosis associatedwith the proksimal tibial stress fracture. 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11.Maj. Split (Hrvatska).

*Псеудоартрозе проксималне тибије удружене са остеоартрозама кољена које захтјевају тоталну артропластику се ријетко јављају у пракси и представљају изазов у избору адекватног начина лијечења. Ове псеудоартрозе су најчешће посљедица стрес-прелома, приликом чега се од пацијента углавном не добија податак о трауми. Често су удружене са РА, остеоартрозом, остеопорозом и Пејетовом болешћу. Циљ рада је био приказати могућности хируршког лијечења артрозе кољена којој је придружена псеудоартроза проксималне тибије. Методологија - У ЗЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ у периоду јун 2004. - јун 2011. године извршено је преко 900 имплантација тоталних ендопротеза кољена. Код 6 пацијената индикација за операцију је била тешка билатерална гонартроза удружена са унилатералном псеудоартрозом проксималне тибије (код свих пацијената прво је оперисано кољено са пратећом псеудоартрозом). Ниједан пацијент није давао податке о трауматском догађају. Свим пацијентима је имплантирана модуларна тотална ендопротеза кољена: са Кинчеровим клином (2 пацијента), са дугим тибијалним стемом (2 пацијента) и са АО плочом (2 пацијента). Код једног пацијента код кога је примарно имплантиран Кинчеров клин није дошло до срастања прелома, клин је одстрањен, те је постављен апарат Илизаров. Након тога су укључени у рани рехабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је дошло до срастања прелома проксималне тибије, те доброг анатомског и функционалног опоравка и повратка активностима свакодневног живота. Закључак: Код пацијената код којих стрес фрактура доводи до озбиљног деформитета удруженог са остеоартрозом хируршко лијечење је лијечење избора. Модуларна тотална протеза кољена представља адекватно рјешење за гонартрозу удружену са псеудоартрозом проксималне тибије, с обзиром да коригује деформитет, стабилизује фрактуру и рјешава артрозу.*

(0,3x3 бола)=0,9 бодова

8. Stanislav Palija, Siniša Bijeljac, Slavko Manojlović, Željko Jovičić, **Goran Talić**, Petar Cvijic, Bojan Kuzmanovic, Bojan Miholjčić, Milan Jovanović: MPFL reconstruction with m.gracilis tendem, 10th CEOC and Congress of COTA. 2014. 08-11.Maj. Split (Hrvatska).

*Примарна улога медијалног пателофеморалног лигамента (MPFL) је превенција латералне дислокације пателе. Индикација за оперативни третман је рекурентна латерална пателарна нестабилност. Контраиндикације су скелетна*



незрелост, Q угао већи од 20°, патела алта, и развијена артроза. Праћење пацијената третираних хируршки у смислу реконструкције MPFL са тетивом *tusculusgracilis*-а и њиховог повратак нормалним активностима. Анализа укључује 42 пацијента (17 мушкараца и 25 жена) оперисаних у нашој установи од јуна 2011-јун 2014. Код свих пацијената реконструкција MPFL је рађена са тетивом *tusculusgracilis*-а уз артроскопску асистенцију. Праћени су клинички параметри прије и након хируршког захвата. Просјечан период праћења је био 12,6 мјесеци (10-24 мјесеца). Код свих пацијената Apprehensiontest је био негативан и клинички није било хипермобилности пателе. Забиљежили смо једну компликацију због претјеране затегнутости графта што смо ријешили са дјелимичним попуштањем влакана графта. Ова компликација се клинички манифестовала болом у оперисаном кољену током флексије. Реконструкција MPFL тетивом *tusculusgracilis*-а није компликована процедура и носи са собом мали ризик од компликација. Имплантациони материјал је сведен на минимум. Најважнији дио операције је позиционирање графта у изометричним тачкама и одређивање затегнутости графта.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

9. Bojan Miholjčić, Siniša Bijeljac, Slavko Manojlovic, **Goran Talić**, Stanislav Palija, Bojan Kuzmanovic, Petar Cvijic, Nemanja Stojnic. Surgical treatment of Achilles tendon rupture. VI Balkan Congress of Arthroscopy, Sports Traumatology and Knee Surgery. 2015. 1-3. Oktobar. Banja Luka, (BiH).

Руптура Ахилове тетиве је најчешће резултат индиректне трауме на претходно дегенеративно измјењену тетиву. Чешће се јавља код спортиста, нарочито мушкараца. Инциденца у општој популацији је око 0.2%. Циљ је приказати хируршку технику репарације руптуриране Ахилове тетиве. Студија укључује 87 пацијената (78 мушкараца и 9 жена) који су подвргнути хируршком третману руптуре Ахилове тетиве (у 5 случајева обострано) у периоду од 1991-2014. До 2008. године радили смо тенопластику Ахилове тетиве по Шигоу, а од 2008 до сада радимо перкутане сутуре Ахилове тетиве, у зависности од индикација. Руптура Ахилове тетиве се јавља углавном код средовјечних мушкараца. Хируршки третман је метода избора за све пацијенте. Код већине пацијената је постигнут одличан или врло добар резултат. Компликације су се јавиле код 1 пацијената - успорено зарастање ране. Најбољи третман руптуре Ахилове тетиве је хируршки. Код млађих пацијената метода избора је перкутана сутура, због краћег времена опоравка, краће рехабилитације и бржег повратка активностима свакодневног живота.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

10. Petar Cvijić, Slavko Manojlović, **Goran Talić**, Stanislav Palija, Bojan Kuzmanović, Bojan Miholjčić, Mladen Petic. Unicondylar Knee endoprosthesis in tretmant of medial Knee arthrosis: VI Balkan Congress of Arthroscopy, Sports Traumatology and Knee Surgery. 2015. 1-3. Oktobar. Banja Luka, (BiH).

Уникондиларна протеза кољена је парцијална протеза намјењена за хируршко лијечење артрозе само једне стране кољена (у већини случајева медијалног компартмана). При имплантацији уникондиларне протезе кољена уклања се око 75% мање кости и хрскавице него приликом имплантације тоталне ендопротезе кољена. Самим тим представља идеалан третман за пацијенте са уникондрилним остеоартритисом кољена, код којих постоји могућност потребе касније ревизионе хирургије. Циљ: примарни циљ рада је приказивање

предности и оправданости имплантације уникондиларне парцијалне протезе кољена код постојања индикација за уградњу исте. *Методологија:* радом је обухваћен 48 пацијент (42 жена, мушкарца) који су оперисани у ЗОФМР „Др М.Зотовић“ у периоду јун 2009. - тај 2012. најмлађи пацијент је био 1957, а најстарији 1933. годиште. Искључујући критеријуми за имплантацију ове протезе је инсуфицијенција LCA и артроза латералног компартмана. *Оперативна техника* је подразијевала медијални приступ зглобу кољена, што је детаљно описано у раду. Провођена је антибиотска профилакса цефазолином 1 дан, те тромбоемболијска профилакса ревитарин-натријумом или еноксапарин-осдијумом 14 дана. пацијенти су укључени у програм ране рехабилитације и дозвољен је пун ослонац на оперисану ногу први постоперативни дан. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, Womacindex). *Резултати:* имплантација парцијалне уникондиларне ендопротезе кољена је мање инвазивна, мање болна, омогућава бржи опоравак и пружа већи обим покрета него код пацијената са имплантираном тоталном ендопротезом кољена. *Закључак:* остеоартритис се углавном јавља прво у медијалном компартману кољена, па се имплантацијом парцијалне уникондиларне ендопротезе кољена може сачувати више здраве кости, хрскавице и меких ткива, те се спријечити или одгодити имплантација тоталне ендопротезе кољена.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

11. Jovičić Željko, Manojlović Slavko, Bijeljac Siniša, Talić Goran, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Ima li mjesta bescementnoj metal-metal (big cad) endoprotezi kuka u liječenju primarne koksartroze kod aktivnih pacijenata. Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

*Бесцементна метал-метал ендопротеза кука подразијевала комбинацију велике главе и ацетабуларне капе без полиетиленског инсерта, тј. контактну површину метал на метал. Углавном се уграђује млађим мушкарцима између 40 и 65 година. Ова протеза им омогућује квалитетан живот, чак и бављење одређеним спортовима. Циљ:* Примарни циљ рада је приказивање наших искустава у примјени метал-метал тоталне ендопротезе кука и указивање на оправданост имплантације исте код пацијената, претежно мушкараца, средње животне доби у пуној активности, код којих је дијагностикована дегенеративна коксартроза. *Методологија:* Радом је обухваћено 106 пацијената (99 мушкараца, 7 жена) који су оперисани у ЗОФМР "Др М.Зотовић" у периоду јун 2008 – септембар 2011. године. Пацијентима је имплантирана бесцементна ацетабуларна компонента типа Магнум (98 пацијената) и ASR (10 пацијената), као и бесцементни стем типа Согрил (53 пацијента), Тарперлок (52 пацијента) и Тарперлосмикрохип (3 пацијента). *Оперативна техника* је била стандардна за имплантацију бесцементне ендопротезе кука. Антибиотска и тромбоемболијска профилакса, као и рани рехабилитациони третман према протоколу. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, Womac index). *Резултати:* Најмлађи пацијент је имао 24 године, најстарији 71 годину (просјечно 41,6 године). Код два пацијента је урађена обострана имплантација у једном акту. Код свих пацијената добили смо пун обим покрета и брже враћање активностима свакодневног живота. Просјечни преоперативни HHS је био 54, постоперативни 82 (након 6 недеља); Womac index преоперативно 51,05, постоперативно 27,50 (након 6 недеља). *Компликација* нисмо имали. Код пет пацијената је забиљежен бол у препони (контакт илипсоаса?). *Закључак:* Бесцементна метал-метал ендопротеза кука омогућује пун обим покрета у оперисаном куку и брз повратак



активностима свакодневног живота. Смањује ризик од дислокације и идеално је рјешење за млађе, високо захтијевне пацијенте. Очекује се добар дуготрајан follow-up. Без обзира на опречна мишљења када је у питању контактна површина Метал-Метал, наши пацијенти нису имали клиничких знакова тровања тешким металима.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

12. Jovičić Željko, Manojlović Slavko, **Talč Goran**, Siniša Bijeljac, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Kratki bescementni femoralni stem u primarnoj alopplastici zgloba kuka Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

Бесцементна ендопротеза кука са кратким стемом обезбеђује метафизну фиксацију, боље очување кости и прстена врата фемура. Индикације за употребу су диспропорција између метафизарног и дијафизарног дијела фемура (урођена или стечена), деформитет метафизарног прелаза фемура, као и пацијенти млађе животне доби. Stem који смо користили је скраћена верзија стема са устиченим дуготрајним праћењем. Циљ рада је приказивање наших искустава у примјени кратког стема приликом имплантације истог код постојања поменутих индикација. Радом је обухваћено 38 пацијената (32 жене и 6 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР "Др. М. Зотовић" у периоду децембар 2008-мај 2011. Оперативна техника је била стандардна за имплантацију бесцементне ендопротезе кука. Антибиотска и тромбоемболијска профилакса по протоколу. Пацијенти су укључени у програм ране рехабилитације и дозвољаван је пун ослонац на оперативну ногу преви постоперативни дан. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, Womac index). Најстарији пацијент је имао 63 а најмлађи 31 годину. Просијечно трајање оперативног захвата је било 40 минута, губитак крви 530 мл, боравак у болници 9 дана. Увијек је коришћена бесцементна ацетабуларна компонента са High cross-link полиетиленским инсертом, осим у једном случају, гдје је коришћен МЕТАЛ-МЕТАЛ (Big Head). Преоперативно HHS просијечно 54, постоперативно, након 6 недеља 82. Womac index преоперативно 56,45 постоперативно, након 6 недеља 29,00. Нисмо констатовали на испитаницима потонуће протезе. Кратки стем омогућава једноставну технику имплантације и центрирања уз коришћење врло прецизног инструментаријума. Stem је идеалан за имплантацију код повећане закривљености фемура, те уског феморалног канала. Феморална препарација је једноставније и инција краћа у просијеку 3 цм. Идеална је операција за млађе пацијенте. Очекујемо добре резултате добре у дугорочном праћењу. За сада је једино ограничење цијена (скупља за 60% од стандардне протезе).

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

13. Bijeljac Siniša, Manojlović Slavko, **Talč Goran**, Jovičić Željko, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Parcijalna unikondilarna endoproteza u liječenju artroze medijalnog kompartmana koljena. Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

Уникондиларна ендопротеза кољена се користи за хируршко лијечење артрозе само једног компартмана кољена (најчешће медијалног). Овом протезом уклања се око 75% мање кости и хрскавице него приликом имплантације тоталне ендопротезе, те представља идеалан третман за пацијенте са умјереним



уникомпартменталним остеоартритисом кољена. Циљ: Примарни циљ рада је приказивање предности и оправданости имплантације уникондиларне парцијалне протезе кољена код постојања индикација за уградњу исте. Методологија: Радом је обухваћено 48 пацијента (42 жене, 6 мушкараца) којима је имплантирано 52 уникондиларне ендопротезе кољена, у периоду јун 2009 – јул 2011. што је 10,2% од укупно имплантираних 510 ендопротеза у том периоду. Индикација за операцију се постављала РТГ снимком у два правца (АП и профил). Искључујући критеријуми су инсуфицијенција предњег укритеног лигамента, артроза латералног компартмана и реуматски артритис. Оперативна техника-минимално инвазивни медијални приступ. Свим пацијентима је уграђена ендопротеза тип Oxford knee са мобилним инсертом. Антибиотска и тромбоемболијска профилакса по протоколу, као и рани рехабилитациони третман. Сви пацијенти су праћени радиографски (осовина) и функционално (Womac index). Резултати: Најмлађи пацијент 50 година, најстарији 78. Код 4 пацијента је рађена обострана имплантација, код једног у истом акту. Пацијенти су отпуштани 4-5. постоперативни дан. Код свих пацијента коригована је осовина, преоперативни варус деформитет је износио 7-14° постоперативни 3-5°. Преоперативни Womac index просјечно је био 49,25 , постоперативни 25,35. Добијен је пун обим покрета. Ослобађање од штака у току 6 недеља, осим пацијента код којег су оперисана оба кољена у истом акту. Није било потребе за трансфузијом. У три случаја смо се интраоперативно одлучили за тоталну протезу, иако је преоперативно постављена индикација за уникомпартменталну. Закључак: Имплантацијом уникондиларне ендопротезе кољена постиже се бржи опоравак, краћа хоспитализација, смањени губитак коштане масе, као и смањена потреба за аутотрансфузијом, те се постиже биомеханика приближна здравом кољену. Имплантација овог типа ендопротезе код неких пацијената представља дефинитивно ријешење, а код других одгађа имплантацију тоталне ендопротезе кољена.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

14. Манојловић Славко, Талић Горан, Бијељак Синиша, Јовићкић Жељко, Палија Станислав, Цвијић Петар, Кузмановић Бојан, Михољчић Бојан, Јовановић Милан. Преломи стема ендопротезе код несрасле субтрохантерне остеомијелитиса приказ случаја Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

Пацијент КК, жена стара 55 година, пензионер, живи у Бечу, лијечена 2009. године. У анамнези урођена луксација оба кука. Уназад пет година отежан и болан ход. При прегледу знатно редукована активни покрети у оба кука, пасивно коректабилни. РТГ- обострано висока неослоњена луксација. Анатоомске карактеристике, деформисан фемур, сужен феморални канал, неразвијен ацетабулум, инсуфицијентна мускулатура, скраћен неуроваскуларни споп... Априла 2009. оперисан лијеви кук. Урађено је: Implantatio endoprothesis totalis cementless coxae l. sin. Osteotomy abbreviationis femoris l. sin. (сса бст). Физикални третман је проведен у трајању три недеље. У новембру 2009. урађен је десни кук. Оп: Implantatio endoprothesis totalis cementless coxae l. dex. Osteotomy abbreviationis femoris l. dex. (сса бст). Физикални третман је проведен у трајању три недеље. У мају 2010 бол и ограничени покрети у десном куку. Октобра 2010 РТГ прелом дисталног дијела феморалног стема, несрасло мијесто остеомијелитиса. Новембар 2010г. Ревизија десног кука; одстрањење поломљеног стема, одломљени дио стема потиснут дистално те имплантиран медуларни ревизиони стем. Пацијентка отпуштена послје двије недеље физикалне терапије. Након

godinu dana radiološki i klinčki uredan nalaz. Zaključak: U svim slučajevima abrevijacije субтрохантерне остеотомије фемура је потребно: ресецирати дио кости у облику грефона поставити на мјесто остеотомије, нарочито са медијалне стране, како би се постијешило зарастање остеотомираних површина, те на тај начин омогућило правилно оптерећење стема протезе у феморалном каналу.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

15. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Totalna artroplastikakoljena-kontraverze, dileme i stavovi. Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

*Тотална артропластика кољена (ТКА) је комплексна, ресекциона и иреверзибилна хируршка метода која му враћа безболну функцију. Циљ нам је приказати еволуцију хируршког приступа у тоталној артропластици кољена на преко 1000 оперисаних пацијената, као и актуелне дилеме у хирургији кољена данас, наша одређења, те да се скрене пажња на све битне моменте у преоперативном планирању, интраоперативним проблемима, као и постоперативном третману пацијената са ТКР. У нашој установи је у периоду од 2004. до 2011. године урађено 1005 ТКА, уз стални тренд раста броја операција. Користили смо широку палету имплантата најпознатијих произвођача: J&J, Biomet, Lima, Zimmer, Stryker. Наша ТКА филозофија имала је еволутиван ток и развој који је пратио кривуљу учења. Она обухвата 4 контраверзе, 6 дилема и 9 ставова (Чувати или жртвовати LCP; Resurfacing пателе: да или не, Фиксна или мобилна тибичјална платформа; Цементно или бесцементно кољено; Лигаментарни баланс; Однос флексионог и екстензионог зена; Тракинг пателе; Латерални приступ код валгус деформитета кољена; Избор имплантата у зависности од доби и захтјева пацијента; Мјесто уникондиларне протезе у примарној артропластици кољена; Радиографска анализа ТКА; Регистар имплантата; Основи третмана инфекције у ТКА). Контраверзе подразумијевају борбу мишљења. У тој борби свако мора одабрати страну, то јест, не може бити неутралан. Дилеме су наше сумње да ли оно што радимо побољшава крајњи исход лијечења. То су двоструке претпоставке, односно могућности које не искључују једна другу, већ воде истом циљу. Наши ставови су и наше одлуке и закључци. Ми смо их креирали на бази принципа који су иначе непромјењиви, искустава „великих ортопедија“ и нашег скромног искуства. ТКА је врло млада и динамична хирургија која ће и у будућности захтијевати пуни ангажман хирурга у смислу праћења савремених трендова.*

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

16. Kuzmanović B, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Miholjčić B, Jovanović M. Oralna tromboprofilaksa u aloplastičnoj hirurgiji kuka i koljena. Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

*Увод: Тромбоемболизам представља једну од најтежих раних компликација након великих ортопедских захвата на зглобу кука и кољена. Профилакса се конвенционално проводи нискомолекураним хепаринима супкутаном. Орална тромбoprofilaksa претставља значајан новитет и могућа будућност у овој области. Циљ: Показати наша искуства у примјени оралне тромбoprofilakse у*



поређењу са конвенционалним начином профилаксе, те указати на, до сада запажене, предности и недостатке. *Методологија:* Радом су обухваћено 60 пацијената подвргнутих алопластичним операцијама кука и кољена на Ортопедском одјељењу ЗОФМР «Др. М. Зотовић» у периоду 01.06.- 01.08.2011. године, подијељени у двије групе, по 30. Једна група је третирана оралном тромبوпрофилаксом Ривароксабаном, друга стандардном тромبوпрофилаксом Ревипарин натријумом и Еноксапарин содијумом. Код обе групе провођена су друге методе физичке тромبوпрофилаксе по протоколу установе (рана мобилизација, еластично-компресивне чарапе). Ривароксабан је ординирао у дози од 10 mg на дан, и то прва 8 сати након операције, затим током десет након операције на кољену, те пет седмица након операције на куку. Ревипарин натријум s.c. у дози 3436 IU, и Еноксапарин содијум s.c. у дози 4000 IU смо давали једном дневно и то прва доза вече прије операције (за разлику од Ривароксабана), те се континуирано наставља 14 дана постоперативно. *Резултати:* Ране тромбозе дубоких вена нисмо имали ни у једној групи. Компликација у виду појачаног и продуженог крварења, већих хематома и сл. смо имали спорадично у мањој мјери, без сигнификатне разлике код пацијената на оралној или конвенционалној тромبوпрофилакси. Код пероралне профилаксе смо примјетили мање интраоперативно крварење. *Закључак:* На нашем узорку можемо закључити да орална тромبوпрофилакса има своје мјесто у алопластици кука и кољена, те да у најмању руку задовољава исте критерије као конвенционална супкутана профилакса. Након овог рада Ривароксабан се редовно користи у нашем свакодневном раду, а од стране Фонда здравственог осигурања уврштен је на позитивну болничку листу лијекова.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

17. Bijeljac S, Manojlović S, **Talić G**, Jovičić Ž, Paliја S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Artroskopski asistirana rekonstrukcija zadnjeg ukrštenog ligamenta koljena (LCP). Zbornik radova 3. Kongres SOTA; 2012. 10-13. Oktobar; Zlatibor (Srbija).

*Увод:* Повреде LCP доводе до хроничне постериорне нестабилности кољена, а временом и до дегенеративних промјена, првенствено пателофеморалног зглоба. Знатно су рјеђе од повреда LCA. Артроскопска реконструкција LCP представља методу избора у лијечењу ове повреде, посебно за спортски активну популацију пацијената. *Циљ:* Праћење резултата оперативне лијечених пацијената, након артроскопске реконструкције LCP, те њихов повратак свакодневним активностима као прије повреде. *Методологија:* У анализу је укључено 14 пацијента (10 мушкараца и 4 жене) оперисаних у ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић" у периоду јун 2010. - март 2012. године. Код свих пацијената рађена је артроскопска лигаментопластика задњег укршеног лигамента примјеном STG графта. Код свих пацијената је рађена анатомска реконструкција. Постоперативно су укључени у физио-рехабилитациони третман по протоколу установе. Анализирали су и упоређивали параметри добијени клиничким прегледом и функционалним тестовима прије и након операције. *Резултати:* Просјечна животна доб оперисаних пацијената је била 25,6 година. Просјечан период праћења је 11 мјесеци. Код 4 пацијента смо имали удружену повреду LCA, код 12 повреде менисуса, који су збринуте у истом акту. Компликација у виду постоперативног отока и локално повишене температуре смо имали код 2 пацијента, потреба за ревизионом операцијом нисмо имали. *Закључак:* Пажљива евалуација лигаментарних повреда кољена од првог контакта са повријеђеним,

постављање праве дијагнозе, избор правог начина лијечења је основни предуслов да се добије максимално могућ опоравак, повратак на ниво активности прије повреде и спречи развој посттрауматских дегенеративних промјена зглоба. "Техника анатомске реконструкције" којом се обнавља природна анатомија LCP представља императив у лијечењу руптуре задњег укрштеног лигамента посебно код активних професионалних спортиста.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

18. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Mihojčić B, Jovanović M. Da li su metal-metal (big head) endoproteze opasne po pacijenta. Zbornik radova 3. Kongres SOTA; 2012. 10-13. Oktobar; Zlatibor (Srbija).

Увод: Бесцементна метал-метал ендопротеза кука подразумева комбинацију велике главе и ацетабуларне капе без полиетиленског инсерта, тј. контактну површину метал на метал. Углавном се уграђује млађим мушкарцима између 40 и 65 година. Циљ: Примарни циљ рада је приказивање наших искустава у примјени метал-метал тоталне ендопротезе кука и указивање на оправданост имплантације исте код пацијената, претежно мушкараца, средње животне доби у пуној активности, са дегенеративном коксартрозом. Методологија: Радом је обухваћено 106 пацијената (99 мушкараца, 7 жена) који су оперисани у ЗОФМР "Др М.Зотовић" у периоду јун 2008 - мај 2012. године. Пацијентима је имплантирана бесцементна ацетабуларна компонента типа Магнум (98 пацијената) и АСР (10 пацијената), као и бесцементни стем типа Corail (53 пацијента), Тарелос (52 пацијента) и Тарелосмикрохур (3 пацијента). Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (ННS, Womacindex). Резултати: Најмлађи пацијент је имао 24 године, најстарији 71 годину (просјечно 41,6 година). Код два пацијента је урађена обострана имплантација у једном акту. Код свих пацијената добили смо пун обим покрета и брже враћање активностима свакодневног живота. Просјечни преоперативни ННS је био 54, постоперативни 82 (након 6 недеља); Womacindex преоперативно 51,05, постоперативно 27,50 (након 6 недеља). Компликација нисмо имали. Код пет пацијената је забиљежен бол у препони (контакт илиопсоаса?). Закључак: Бесцементна метал-метал ендопротеза кука омогућује пун обим покрета у оперисаном куку и брз повратак активностима свакодневног живота. Смањује ризик од дислокације и идеално је рјешење за млађе, високо захтијевне пацијенте. Без обзира на опречна мишљења када је у питању контактна површина Метал-Метал, наши пацијенти нису имали клиничких знакова тровања тешким металима.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

19. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Mihojčić B, Jovanović M. Uzroci revizije endoproteza kuka na našem materijalu u periodu od 2004-2012. godine. Zbornik radova 3. Kongres SOTA; 2012. 10-13. Oktobar; Zlatibor (Srbija).

Циљ: Указати на најчешће разлоге за ревизију тоталне ендопротезе кука са доношењем ставова у погледу превенције и лијечења. Методологија: У ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић", у периоду од 01.10.2003 - 25.06.2012. године урађено је укупно 2135 алоартропластике кука, од тога 162 ревизија (7,6%). Ретроспективна анализа: Историја болести; Ртг архива; Регистар имплантата; Фото документација. Радом је обухваћено 162 пацијената



оперисаних (80 мушкараца, 82 жене) у установи у периоду јун 2004. - јун 2012. године. Хируршки приступ - продужени постеролатерални, уз остеотомију трохантера према потреби, латерални декубитус. Резултати: Просјечна старост оперисаних је била 66,8 година. Просјечно вријеме протекло од претходне операције 8,61 година (7 дана - 28 година). Раних ревизија смо имали 103, касних 59. Примарно оперисаних у нашој установи је било 42 (25%), у другим установама 120 (75%). У 130 случаја примарни имплантат је била тотална ендопротеза, у 23 парцијална, те у 9 стање након претходног одстрањења ендопротезе. Најчешће индикације за ревизију су биле: Разлабављење ацетабуларне компоненте - 38 пацијената; Разлабављење феморалне компоненте - 17; Разлабављење обе компоненте - 31; Луксација - 31; Рјеђе индикације су биле: перипротетични преломи, инфекција, прелом имплантата, протрузија ацетабулума, прелом фемура, оштећење инсерта. Интраоперативне компликације смо имали код 25 пацијената (15,5%): Прелом фемура - 9; Прелом трохантера - 8; Перфорација фемура - 6; Прелом ацетабулума - 2. Имали смо 13 случајева ре-ревизија. Закључак: Узроке ревизија примарне алоартропластике можемо подијелити на четири фактора: хирург, имплантат, установа, пацијент. Претпоставке за успјех су: 1. досљедно поштовање принципа примарне алоартропластике, 2. познавање основних начела имплантације, 3. уиграи хируршки тим, 4. преоперативно планирање, адекватан избор имплантата, 5. операциона сала искључиво за алоартропластике, 6. сталне едукације и консултације са врхунским стручњацима.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

20. Palija S, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Artroskopska hirurgija ramena u našoj ustanovi. Zbornik radova 3. Kongres SOTA; 2012. 10-13. Oktobar; Zlatibor (Srbija): 147.

Увод: Артроскопска хирургија рамена представља дијагностичко-терапијску процедуру којом се посебном опремом и инструментима кроз мале отворе врши преглед и испитивање свих структура унутрашњости зглоба рамена и предузимају потребни терапијски захвати. Велики степен мобилности рамена је последица његове специфичне анатомске грађе коју карактерише мала коштана подударност и јака мишићна снага, па стабилност зглоба умногоме зависи од мекоткивних структура лабрума, капсуле, лигамената и мишића. Циљ: Приказати предност артроскопске хирургије у односу на остале методе лијечења. Материјал и методе: У периоду између септембра 2010. до јуна 2012. године, у Заводу за ортопедију, физикалну медицину и рехабилитацију "Др Мирослав Зотовић" урађено је 28 артроскопских интервенција на рамену. Анализом је обухваћено 28 пацијената (16 мушкараца и 12 жене). Од тог броја било је 15 артроскопских реконструкција предњег лабрума (Банкарт лезије), 6 артроскопских реконструкција ротаторне манжетне, те 7 артроскопски асистираних тоалета зглоба (акромиопластика, ресекција прираслица, одстрањења калцификата, проксималне тенодезе дуге тетиве бицепса). Сви пацијенти су оперисани под општом ендотрахеалном анестезијом у латералном декубитус положају, а рехабилитација је провођена у нашој установи по властитом протоколу. Резултати: Период праћења анализираних пацијената је био од 1-19 мјесеци (просјечно 11 мјесеци). Пацијенте смо пратили клинички и функционално (тестовима). Раних и касних компликација нисмо забиљежили. Закључак: Артроскопске процедуре у дијагностици терапији повреда и обољења зглобова значајне су из више разлога, а првенствено се огледају у краткој

хоспитализацији, малим инцизијама коже, у редукацији постоперативног морбидитета и смањењу трошкова лијечења, а највише се огледају у скраћењу времена рехабилитације и бржем повратку свакодневним активностима.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

21. Palija S, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Uticaj izgradnje sistema upravljanja kvalitetom na poboljšanje performansi ortopedskog odjeljenja. Zbornik radova 3. Kongres SOTA; 2012. 10-13. Oktobar; Zlatibor (Srbija): 148.

*Увод: Квалитетна здравствена заштита је онај степен заштите при којем здравствене услуге за појединачне пацијенте и популацију повећавају вјероватноћу жељених здравствених исхода и који је у сагласности са кућним професионалним знањем. Квалитет се најлакше препознаје у његовој одсутности. (Аналогно: лакше је дефинисати болест него здравље). Стога се многе јавно здравствене оцјене здравствене заштите заснивају на мјерењу одсуства квалитета. Процес увођења система управљања квалитетом у Заводу за ортопедију, физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ отпочео је крајем 2007. године, а од тада до данас реализован је велики број активности на изради и анализи политика, процедура, образаца и годишњих извјештаја које су у вези са квалитетом, те су израђени додатни комуникацијски канали прилагођени пацијентима (web страница - [www.ortopedijazotovic.com](http://www.ortopedijazotovic.com), facebook профил). Материјал и методе: Као инструмент истраживања у процени задовољства корисника пруженом здравственом заштитом коришћени су анонимни упитници, а процјена ефикасности и квалитета су вршени праћењем и анализирањем индикатора квалитета. Параметри су праћени за период 2008-2012. година, а анализом су обухваћени сви оперисани пацијенти. За анализу резултата кориштене су методе дескриптивне статистике. Резултати: Резултати анкете о задовољству корисника здравственим услугама су рашчлањени на годишњем нивоу и забиљежен је пораст задовољства пацијената. Праћење и анализирање индикатора квалитета довело је до пораста ефикасности одјељења, те помогла у управљању људским ресурсима. Закључак: Резултати истраживања нас упућују на закључак да су здравствени радници највећи ресурс који има свака здравствена установа. Зато главни акценат треба да буде на даљој едукацији особља и посвећености сталном унапређењу процеса.*

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

22. Manojlović Slavko, Bijeljac Siniša, Jovičić Željko, **Talić Goran**, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan. Revision knee arthroplasty-early experiences. IV kongres SOTA. 2014. 02-04. Oktobar. Beograd (Srbija).

*Увод: Ревизиона хирургија је једна од тактички и технички најзахтјевнијих ортопедских процедура и за њен успјех неопходно је да се идентификује и разумије проблем, као и да се обезбједи техничка подршка од институције. Циљеви: ретроспективно анализирати пацијенте оперисане у нашој установи и показати најчешће индикације за ревизиону артропластику зглоба кољена, као и методе хируршког третмана и компликације ревизионе артропластике. Методе: Од јуна 2004. до јуна 2014. године имплантирано је преко 1700 примарних*



ендопротеза кољена, а урађена је 71 ревизиона операција, од чега 55 са имплантираном ендопротезом кољена. Пацијенти су подијељени према полу, старости, протеклом времену од примарне артропластике, типу импланта и индикацијама за ревизиону операцију. Резултати: Значајно чешиће су раније ревизионе операције (вријеме протекло од примарне операције до 2 године), а најчешћа индикација је инфекција, или септичко разлабављење, након чега слједи асептичко разлабављење и инсуфицијенција екстензорног апарата. Рјеђе индикације су перипротетичне фрактуре, руптура MCL и дислокација компоненти ендопротезе. Оперативни захвати који су извођени су замјена ендопротезе са примарном PS ендопротезом, затим имплантација PS ендопротезе са феморалном и тибичалном екстензијом, као и имплантација „hinge“ ендопротеза кољена. Закључци: Неопходно је одмах уочити проблем у функционисању примарног импланта и упутити пацијента у установу која има особље и технички потенцијал да изврши адекватну ревизиону хируршку интервенцију.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

23. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Periprostetički prelomi femura. IV kongres SOTA. 2014. 02-04. Oktobar. Beograd (Srbija).

Увод: Узроци настанка перипротетичних прелома могу бити: а) Интраоперативни: неадекватан хируршки приступ и извођење оперативног захвата, малпозиција стема (варизиран стем), оштећење кортекса, оштећење калкара малог трохантера; б) Постоперативни: траума, развој системске болести која утиче на квалитет коштаног матрикса (остеопороза, Пејетова болест). Класификација се врши на основу положаја фрактурне линије у односу на положај импланта, те стабилности стема протезе, а најчешће се користи Ванкувер класификација. Избор методе лијечења зависи од локализације фрактуре, стабилности протезе и квалитета коштане масе. Циљ рада: Представити коришћене хируршке методе лијечења (ОРИФ, ревизионе артропластике и њихова комбинација) ове врсте фрактура у нашој установи. Методологија: У нашој установи у периоду јун 2003. – јун 2014. године извршено је 3020 имплантација ендопротеза кука. Појава перипротетичних фрактура верификована је код 28 пацијената, са радиолошки потврђеном дијагнозом, те клиничким знацима прелома. Преломи су класификовани по Ванкувер класификацији. Сви пацијенти су лијечени хируршки и то имплантацијом ревизионе ендопротезе (18 пацијената), остеосинтезом DCP плочом ( 5 пацијената) и LCP плочом (2 пацијента), те остеофиксацијом серклаж-жицом (5 пацијената). Након оперативног захвата пацијенти су провели рани физио-рехабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је постигнут потпун опоравак и реституција функционалности доњих екстремитета, као и повратак нормалним свакодневним активностима, уз уобичајена ограничења везана за имплантацију тоталне ендопротезе кука. Значајних компликација нисмо имали. Закључак: За адекватно рјешење проблема перипротетичних фрактура намеће се једино хируршка интервенција. Да би рјешење било потпуно и трајно неопходан је правилан избор хируршке методе, који зависи од врсте и локализације прелома, као и постојања коморбидитета.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

24. Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Jovičić Ž, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Uzroci revizije endoproteze kuka na našem materijalu u periodu od 2004-2012. god. Zbornik radova 1. ortopedsko-traumatološki dani Crne Gore sa međunarodnim učešćem; 2012. 25-27. Oktobar; Bečići (Crna Gora).

*Циљ рада: Указати на најчешће разлоге за ревизију тоталне ендопротезе кука са доношењем ставова у погледу превенције и лијечења. Методологија: У ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић", у периоду од 01.10.2003 - 25.06.2012. године урађено је укупно 2135 алоартропластике кука, од тога 162 ревизија (7,6%). Ретроспективна анализа: Историја болести; RTG архива; Регистар имплантата; Фото документација. Радам је обухваћено 162 пацијената оперисаних (80 мушкараца, 82 жене) у установи у периоду јун 2004-јун 2012. године. Хируршки приступ-продужени постеролатерални, уз остеотомију трохантера према потреби, латерални декубитус. Резултати: Просјечна старост оперисаних је била 66.8 година. Просјечно вријеме протекло од претходне операције 8,61 година (7 дана-28 година). Раних ревизија смо имали 103, касних 59. Примарно оперисаних у нашој установи је било 42 (25%), у другим установама 120 (75%). У 130 случаја примарни имплантат је била тотална ендопротеза, у 23 парцијална, те у 9 стање након претходног одстрањења ендопротезе. Најчешће индикације за ревизију су биле: Разлабављење ацетабуларне компоненте - 38 пацијената; Разлабављење феморалне компоненте - 17; Разлабављење обе компоненте - 31; Луксација - 31; Рјеђе индикације су биле: перипротетични преломи, инфекција, прелом имплантата, протрузија ацетабулума, прелом фемура, оштећење инсерта. Интраоперативне компликације смо имали код 25 пацијената (15,5%): Прелом фемура - 9; Прелом трохантера - 8; Перфорација фемура - 6; Прелом ацетабулума - 2. Имали смо 13 случајева ре-ревизија. Закључак: Узроке ревизија примарне алоартропластике можемо подијелити на четири фактора: хирург, имплантат, установа, пацијент. Претпоставке за успјех су: 1. досљедно поштовање принципа примарне алоартропластике, 2. познавање основних начела имплантације, 3. уигран хируршки тим, 4. преоперативно планирање, адекватан избор имплантата, 5. операциона сала искључиво за алоартропластике, 6. сталне едукације и консултације са врхунским стручњацима.*

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

25. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Palija S, Talić G. Čuvati ili žrtvovati intaktan zadnji ukršteni ligament u primarnoj artroplastici koljena? Zbornik sažetaka prvog kongresa ortopeda i traumatologa Srbije; 2008. Sep. 25-26; Beograd (Srbija): 231-2.

*Увод: Задњи укрштени лигамент (LCP) кољена је један од најјачих лигамената кољеног зглоба те најчешћи центар расправа у примарној артропластици кољена. Поједини хирурзи у овој процедури увијек чувају LCP, други опет увијек жртвују LCP док трећа група користи и једну и другу технику у зависности од индикације. Као и већина ортопеда у окружењу почели смо радити алоартропластику кољена са жртвовањем LCP обзиром да је та техника лакша за учење, а и условљена тадашњом понудом имплантата на нашем тржишту. Након 120 имплантираних ендопротеза овог типа почели смо радити и ендопротезе са чувањем LCP. Од старта смо за ову врсту протеза оставили пацијенте са умјереним до средње тежким дегенеративним артритисом кољена док смо пацијенте са реуматoidним артритисом те другим обољењима синовије као и са тежким деформитетима у смислу великог варуса и флексионе*



контрактура кољена и даље третирали ендопротезама са жртвовањем LCP. Материјал и методе: Поредили смо по 30 пацијената са дегенеративним артритисом средњег и умјереног типа са флексионом контрактуром до 20 степени и варус-валгус деформитетом до 15 степени код којих је извршена TKR CR и CS имплантатима. Сви пацијенти су оперисани у есмарху, приступ је био мид-вастус, имплантати J&J PFC Σ (CR и CS) и оперисао их је исти тим хирурга. Сви су оперисани у спиналној анестезији и имали су исту тромбоемболијску и антибиотску профилаксу. Пацијенти су функционално праћени WOMAC индексом преоперативно до 6 мјесеци послје операције. Резултати: Трајање операције, постоперативни губитак крви су били без значајне разлике. WOMAC индекс након 3 и 6 мјесеци је био практично исти као и брзина опоравка код обе групе пацијената. Нисмо имали, осим постоперативних хематома код 7 пацијената (4 код CR и 3 код CS) других компликација. Дискусија: Сматрамо да треба чувати LCP у свим кољенима у којима је он интактан, а гдје се може без његовог жртвовања постићи задовољавајући однос флексионог и екстензионог гапа. Физиологија покрета кољена остаје приближнја природној што у суштини појачава вријеме трајања имплантата. Наравно да се код тежих деформитета баланс флексије и екстензије не може постићи без жртвовања LCP, те у тим случајевима као и у болешћу ослабљеног LCP не разматрамо могућност његовог чувања. Да би смо могли у току операције прећи из CR у CS опцију потребно је да имамо такве имплантате и инструментаријум који нам даје могућност конверзије у току операције. И на крају скрећемо пажњу да је за евентуално будућу ревизију значајно да постоји већа коштанана маса коју имамо уколико избјегавамо интеркондиларну ресекцију фемура.

(0,5x3 бода)=1,5 бодова

26. Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Jovičić Ž, Palija S. Bescementni modularni femoralni stem u reviziji endoproteze kuka-rana iskustva. Zbornik sažetaka prvog kongresa ortopeda i traumatologa Srbije; 2008. Sep. 25-26; Beograd (Srbija): 29-30.

Увод: Ревизиона хирургија кука је најзахтјевнија хирургија у алоартропластици кука чији је циљ враћање нормалне биомеханике зглоба кука односно враћање пацијента у нормалну животну активност. Један од најтежих проблема у овим операцијама је недостатак коштане масе проксималног фемура који отежава како примарну фиксацију фемуралне компоненте ендопротезе, употребу коштаног грефона, што отежава стабилну иницијалну фиксацију имплантата као и проблеме у каснијем коштаном одговору а самим тим и трајност имплантата. Имплантати са дисталном фемуралном фиксацијом су се показали као одлично рјешење за ову врсту хирургије те ћемо у овом раду приказати рана искуства њихове употребе у нашој установи. Материјал и методе: Радам је обухваћено 27 пацијената, њих 24 који су оперисани са дефектима фемура од II до IV по Папроском, те 3 пацијента са перипростетичким преломима фемура. Хирушке индикације за ревизију су биле асептичко разлабавање феморалне компоненте у 19 пацијената, секундарна имплантација ендопротезе након одстрањења због инфекције у 4 пацијента, 3 перипростетичка прелома те у једном случају због ресекције проксималног фемура због метастатског тумора трохантерне регије. Увијек је кориштен широки постеролатерални приступ. Код 21 пацијента је учињена и ревизија ацетабуларне компоненте док је случај туморске ресекције имплантирана биартикуларна ацетабуларна капа са локинг механизмом. у свим случајевима је имплантиран LIMAREVISION модуларни

стем. Пацијентима је дозвољаван ослонац на оперисану ногу у периоду од 7 до 42 дана зависно од локалног интраоперативног налаза као и обимности ревизије. Нисмо користили постоперативну имобилизацију. Резултати: Просјечан период праћења је 15 мјесеци (6 до 27 мјесеци). Пацијенти су праћени клинички, радиолошки, лабораторијски (седиментација, леукоцити и CRP) и функционално (WOMACindex). Просјечно трајање оперативног захвата је било 95 минута (60 до 130 минута). Провођена је антибиотска профилакса три дана (клоксацилин и гарамицин) те тромбоемболијска профилакса кливарином три недјеље. Од компликација издвајамо двије лусације од којих је једна ријешена затвореном репозицијом а друга реинтервенцијом гдје је учињена корекције антеверзије фемуралне компоненте и промјена дужине врата ендопротезе. У досадашњем праћењу немамо радиолошких и клиничких знакова асептичког разлабављења стема. Сви пацијенти су оспособљени за ход без помагала. три пацијента имају повремене болове за које користе благе аналгетике. Дискусија: Задовољни смо досадашњим резултатима употребе овог стема у нашој казуистици. Тип ендопротезе који користимо је врло једноставан за употребу, са великом могућношћу комбинације величине проксималне и дисталне компоненте и прецизним инструментаријумом. Мислимо да је ово одлично рјешење за ову врсту патологије, обзиром да се већином ради о старијим пацијентима са већим коморбидитетом тако да је врло значајно да су оперативни захвати што краћи и да је повратак нормалној функцији што бржи. Надамо се да ће наше будуће праћење ових пацијената потврдити почетно задовољство пацијената и нас хирурга.

(0,5x3 бода)=1,5 бодова

27. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Hirurški tretman komplikacija liječenih preloma kuka. Zbornik rezimea Prvog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2009. Sep. 23-26; Subotica (Srbija): 48.

Увод: међу најчешћим компликацијама прелома кука налазимо појаву псеудоартрозе, посттрауматске коксартрозе, те лоше сраслих прелома (*fracturamalesanata*). Најчешћи узроци настанка компликација су нестабилна фиксација, лоше примијењена или погрешно одабрана остеосинтеза, слаби биолошки потенцијал кости, а најадекватнији начин лијечења је хируршки. Материјал и методе: ово је ретроспективна студија којом су обухваћени сви пацијенти са компликацијама прелома кука збринути на ортопедском одјељењу у ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, у периоду од септембра 2003. до јула 2009. године. Просјечна доб праћених пацијената је 59,76 година. Од укупно 56 пацијената (25 жена, 31 мушкарац) индикација за операцију код 28 пацијената је била псеудоартроза, код 22 коксартроза, а код 6 *fractura malesanata*. Резултати: ова студија показује да су најчешће компликације прелома кука псеудоартроза, а потом коксартроза и у малој мјери *fracturamalesanata*, те да се незнатно чешће јављају код мушкараца. Најчешћи начин рјешавања компликација прелома кука је уградња тоталне ендопротезе (код 51 пацијента и то 38 бесцементних, 12 цементних и 1 хибридна), док је код 5 пацијената урађена остеосинтеза. Закључак: најадекватнији начин лијечења компликација прелома кука је хируршко лијечење. Примјењују се методе реконструктивне коштане операције - остеотомије, трансплантације кости, стабилна остеосинтеза и имплантација ендопротезе, што је и најчешћи метод лијечења у нашој установи.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова



28. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Hirurški tretman preloma proksimalnog okrajka femura. Zbornik rezimea prvog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2009. Sep. 23-26; Subotica (Srbija): 49.

*Uvod: Pod prelomima proksimalnog okrajka femura podrazumiјevamo prelome vrata i glave femura, velikog i malog troхантера, интертрохантерне и субтрохантерне prelome. Најчешћи узроци preloma су падови, поготово код старијих од 65 година (osteoporоза). У лијечењу користимо оперативни третман, који подrazumiјева osteosинтезу (кондиларна плоча и DHS) или артропластику (имплантација ендопротезе). Материјал и методе: Студијом је обухваћено 117 пацијената (94 жена, 23 мушкарца) са преломом проксималног окрајка femura збринутих на ортопедском одјељењу у ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, у периоду септембар 2003.-јул 2009. Просјечна доб праћених пацијената је 71.07 година. Код 85пацијената узрађена је тотална ендопротеза (42 бесцементне, 37 цементних, 4 хибридне, 1 туморска), код 20парцијална ендопротеза, а код 12пацијената је урађена osteosинтеза (6 кондиларном плочом, 6 DHS-ом). Резултати: Прелом проксималног окрајка femura се знатно чешће јавља код жена и то у омјеру 4:1. Већина протеза је дефинитивно збринута узрађом тоталне ендопротезе. Од компликација издвајамо: 2 смртна исхода (унутар 3 недеље од операције), 5 инфекција ране, 5 дубоких венских тромбоза, пнеумоније и уроинфекције. Закључак: За избор најбољег третмана неопходна је адекватна класификација (Гарден), као и осврт на локализацију прелома, опште стање, виталност и доб пацијента. Сви пацијенти су лијечени оперативно, што у односу на конзервативно лијечење има предност у бржој мобилизацији, стабилнијем ходу, краћој хоспитализацији и смањењу трошкова лијечења. У почетку смо свим старијим пацијентима имплантирали парцијалну ендопротезу. Међутим, у задње двије године, свим покретним и активним пацијентима имплантирамо тоталну ендопротезу, док парцијалну ендопротезу имплантирамо само покретним и неактивним пацијентима.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

29. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Bristow procedura u tretmanu prednje recidivne luksacije ramena. Zbornik rezimea Prvog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2009. Sep. 23-26; Subotica (Srbija): 98.

*Uvod: Bristow процедура је оперативни захват при којем се транспозицијом processus coracoideus-a са тетивом m. coracobrachialis-a и тетивом кратке главе m. biceps brachii на доњу половину гленоида појачавамо његов предњи зид и раније инсуфицијентну предњу капсулу, те на тај начин спречавамо луксацију главе хумеруса у положају абдукције и вањске ротације. Материјал и методе: Ово је ретроспективна студија којом је обухваћено 27 пацијената третираних овом методом у КБЦ Бања Лука и на ортопедском одјељењу у ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ у периоду јануар 1996.- јул 2009. Сви оперисани су били мушкарци доби од 22 до 39 година (просјечно 28 година). Четрнаест пацијената су били активни спортисти (рукомет, фудбал, кошарка). Резултати: У 85% случајева добили смо одличан или врло добар резултат (пуни обим покрета у зглобу рамена, безболне покрете и потпуни повратак спорту, тј. свакодневним активностима). У 15% случајева смо добили добар резултат, гдје је активност пацијента остала благо ограничена, а покрети смањени у блажем степену. Компликација нисмо имали.*

Сви пацијенти су праћени минимално 6 мјесеци. **Закључак:** Сматрамо да је у класичној хирургији рецидивантне луксације рамена Bristow процедура метода избора за младе и активне пацијенте. За старије пацијенте и даље остаје актуелна операција по Putti-Platt-у, која је технички мање захтјевна и даје слабији функционални резултат, што може одговорити смањеним потребама старијих пацијената. Напомињемо да смо у фази увођења артроскопске реконструкције за коју сматрамо да има мјесто у третману овог проблема.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

30. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Реконструкција LCA тетивама hamstringsa. Zbornik rezimea Prvog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2009. Sep. 23-26; Subotica (Srbija): 119.

*Увод:* Комбиноване повреде капсуло-лигаментарног апарата кољена јављају се при разноврсним физичким активностима, а често су узрок наглог окончања успјешних спортских каријера. Годишња учесталост повреда LCA у САД је 1:3000 у општој популацији, а 70% тих повреда се дешава приликом спортских активности. *Материјал и методе:* Радом је обухваћено 129 пацијената оперисаних због руптуре предњег укрштеног лигамента. Код 62 пацијента кориштен је грефон т. semitendinosus-а (четвороструки грефон), док је код 67 пацијената кориштен грефон тетиве т. semitendinosus-а и т. gracilis-а (два двострука грефона). Као начин фиксације у почетку је кориштен endobutton (феморално) + endotack (тибијално), а касније се прешло на endobutton, retrobutton или transfix (феморално) + биоресорптивни шараф (тибијално). Пацијентима је постављена кољена ортоза, дозвољаван је ослонац до 50% тјелесне тежине уз забрану хиперекстензије, а постоперативна рехабилитација се одвијала по протоколу службе у четири фазе. *Резултати:* Просјечан период праћења је 21 мјесец (2 до 27 мјесеци). Пацијенти су праћени клинички и функционално (скала по Lyschołти) и 93% пацијената су имали добре резултате. При кориштењу endobutton + endotack фиксације долазило је до појаве mini pivot shift-а, а предње отварање тибије код 5 пацијената било је веће од 2 mm (2-5 mm). Други наведени начин фиксације дао је боље резултате. **Закључак:** Артроскопске процедуре, у терапији повреда и обољења зглобова значајне су из више разлога, а првенствено се огледају у скраћењу времена хоспитализације и рехабилитације, те бржем повратку свакодневним активностима.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

31. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Хирушко liječenje rupture Ahilove tetive. Zbornik rezimea Prvog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2009. Sep. 23-26; Subotica (Srbija): 182.

*Увод:* Руптура Ахилове тетиве се најчешће јавља као посљедица индиректне трауме претходно дегенеративно измјењене тетиве. Најчешће се јавља код спортиста, нарочито мушког пола. Учесталост у општој популацији износи око 0,2%. *Материјал и методе:* Ово је ретроспективна студија којом је обухваћено 55 пацијената (52 мушкарца и 3 жене) са руптуром Ахилове тетиве (код 5 обострано) оперисаних од стране аутора, на двије локације (КЦ Бања Лука и ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука), у периоду од 1991-2009. Просјечна доб пацијената је била 42,35 година. До 2008. године кориштена је метода



ахилонопластике по Shigo-у, а од 2008. године метода перкутане сутуре. Резултати: Руптура Ахилове тетиве се знатно чешће јавља код мушкараца средње животне доби. Метода избора код свих пацијената је била хируршко лијечење. Код већине је добијен одличан или врло добар резултат. Од компликација смо имали успорено зарастање ране код једног пацијента. Закључак: Најбољи начин лијечења руптуре Ахилове тетиве је хируршки. Код млађих пацијената метода избора је перкутана сутура због краћег постоперативног опоравка и времена рехабилитације, те бржег повратка активностима свакодневног живота. У раду ћемо изнијети предности и недостатке обе коришћене методе.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

32. Bijeljac S, Manojlović S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Lateralni pristup kod valgus deformiteta koljena. Zbornik sažetaka Drugog kongresa Srpske ortopedsko-traumatološke asocijacije. 2010. Oktobar 14-16; Novi Sad (Srbija).

Увод: код валгус деформитета кољена са валгус ангулацијом бећом од 10° долази до истезања медијалних мекоткивних структура (првенствено (MCL) и ди умјерене или теже хипоплазије латералног кондила. Поред тога долази до одређеног степена латерализације пателе, спољашње ротације тибције и унутрашње ротације фемура. Узроци валгус деформитета кољена су разни поремећаји који узрокују слабост и/или уништавање коштаног и везивног ткива (рахитис, гојазност, преломи, упале и сл.), компензације других статичких промјена (нпр. адукционог скраћења кука) и идиопатски (чешће код витких и мршавих људи). Циљ: примарни циљ рада је приказивање предности латералног приступа код имплантације тоталне ендопротезе кољена због дегенеративне гонартрозе праћене валгус деформитетом кољена већим од 10° и пателарном дислокацијом или сублуксацијом. Методологија: радом су обухваћена 32 пацијента (26 жена, 6 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР „Др М.Зотовић“ у периоду мај 2008 - јул 2010. Хируршка техника укључује латерални приступ зглобу кољена, што је детаљно описано у раду. Провођена је стандардна антибио тска профилакса цефазолином 1 дан, те тромбоемболиска профилакса ревиспарин-натријумом или еноксапарин-содијумом најмање 14 дана. Пацијенти су укључени у програм ране рехабилитације са дозвољеним пуним ослоњем на оперисану ногу од првог постоперативног дана. Сви пацијенти су праћени радиолошки и функционално (HHS, WOMACindex). Резултати: ради се о веома изазовној и захтијевној хирургији, која има низ предности у односу на медијални приступ код пацијената са валгус ангулацијом кољена већом од 10°. наиме, самим приступом врши се рилиз и баланс, чува се васкуларизација и побољшава стабилност и тракинг пателе, што све заједно омогућава брже враћање активностима свакодневног живота. Закључак: у нашој установи латерални приступ због својих предности представља технику избора приликом имплантације тоталне ендопротезе кољена код валгус ангулације кољена веће од 10°.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

33. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Početna iskustva u primjeni parcijalne unikonдилarne endoproteze koljena. Zbornik sažetaka Drugog kongresa Srpske ortopedsko-traumatološke asocijacije sa međunarodnim učешћem. 2010. Oktobar 14-16; Novi Sad (Srbija).

*Увод: уникондиларна протеза кољена је парцијална протеза минијењена за хируршко лијечење артрозе само једне стране кољена (у већини случајева медијалног компартмана). При имплантацији уникондиларне протезе кољена уклања се око 75% мање кости и хрскавице него приликом имплантације тоталне ендопротезе кољена. Самим тим представља идеалан третман за пацијенте са уникондартменталним остеоартритисом кољена, код којих постоји могућност потребе касније ревизионе хирургије. Циљ: примарни циљ рада је приказивање предности и оправданости имплантације уникондиларне парцијалне протезе кољена код постојања индикација за уградњу исте. Методологија: радом је обухваћен 48 пацијент (42 жена, 6 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР „Др М.Зотовић“ у периоду јун 2009. - тај 2012. најмлађи пацијент је био 1957, а најстарији 1933. годиште. Искључујући критеријуми за имплантацију ове протезе је инсуфицијенција LCA и артроза латералног компартмана. Оперативна техника је подразумевала медијални приступ зглобу кољена, што је детаљно описано у раду. Провођена је антибиотска профилакса цефазолином 1 дан, те тромбоемболијска профилакса ревапарин-натријумом или еноксапарин-осциумом 14 дана. пацијенти су укључени у програм ране рехабилитације и дозвољен је пун ослонац на оперисану ногу први постоперативни дан. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, Womacindex). Резултати: имплантација парцијалне уникондиларне ендопротезе кољена је мање инвазивна, мање болна, омогућава бржи опоравак и пружа већи обим покрета него код пацијената са имплантираном тоталном ендопротезом кољена. Закључак: остеоартритис се углавном јавља прво у медијалном компартману кољена, па се имплантацијом парцијалне уникондиларне ендопротезе кољена може сачувати више здраве кости, хрскавице и меких ткива, те се спријечити или одгодити имплантација тоталне ендопротезе кољена.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

34. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Implantacija kratkog bescementnog stema - naša iskustva. Zbornik sažetaka Drugog kongresa Srpske ortopedsko-traumatološke asocijacije sa međunarodnim učešćem. 2010. Oktobar 14-16; Novi Sad (Srbija).

*Увод: бесцементна ендопротеза кукаса кратким стемом обезбјеђује бесцементну метафизну фиксацију, боље очување кости као и прстена врата фемура. Индикације за употребу ове врсте стема су диспропорција између метафизног и дијафизног дијела фемура (урођена или стечена) и деформитет метафизно-дијафизног прелаза фемура- Ради се о клинички испитаном стандардном стему са кратком верзијом. Циљ: примарни циљ рада је приказивање наших искуста у примјени кратког стема приликом имплантације тоталне ендопротезе кука и доказивање оправданости имплантације истог код постојања поменутих индикација. Методологија: Радом су обухваћена 33 пацијента (27 жена, 6 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР „Др М.Зотовић“ у периоду децембар 2008.-јун 2010. Најстарији пацијент је био 1947. а најмлађи 1979. годиште. Оперативна техника је била стандарда за имплантацију бесцементне ендопротезе кука. Провођена је антибиотска профилакса цефазолином 1 дан, те тромбоемболијска профилакса ревапарин-натријумом или еноксапарин-содијумом најмање 14 дана. Пацијенти су укључени у програм ране рехабилитације и дозвољаван је пун ослонац на оперисану ногу први постоперативни дан. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, WomacIndex). Резултати: Приликом уградње овог стема нисмо имали*



osteolize, потонућа стема, као ни других компликација (преломи великог трохантера, луксације, латералне перфорације фемура). Стем је идеалан за имплантацију код повећане закривљености фемура, код уског феморалног канала. Феморална препарација је једноставнија и инцизија је краћа за просјечно 3cm. Закључак: Кратки стем омогућава једноставну технику имплантирања и центрирања, уз кориштење врло прецизног инструментаријума. Идеална је опција за млађе пацијенте, те ћемо у нашој установи и даље користити овај стем код постојања наведених индикација. Очекују се добри резултати у дугорочном праћењу.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

35. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Hirurško liječenje pseudoartroza proksimalne tibije udružene sa gonartrozama. Zbornik rezimea Drugog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2011. October 6-8; Niš (Srbija).

*Увод: Псеудоартрозе проксималне тибие удружене са остеоартрозама кољена које захтијевају тоталну артропластику се ријетко јављају у пракси и представљају изазов у избору адекватног начина лијечења. Ове псеудоартрозе су најчешће последица стрес-прелома, приликом чега се од пацијента углавном не добија податак о трауми. Често су удружене са РА, остеоартрозом, остеопорозом и Пеџетовом болешћу. Циљ рада: Приказати могућности хируршког лијечења артрозе кољена којој је придружена псеудоартроза проксималне тибие. Методологија: У ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ у периоду јун 2004. - јун 2011. године извршено је преко 900 имплантација тоталних ендопротеза кољена. Код 6 пацијената индикација за операцију је била тешка билатерална гонартроза удружена са унилатералном псеудоартрозом проксималне тибие (код свих пацијената прво је оперисано кољено са пратећом псеудоартрозом). Ниједан пацијент није давао податке о трауматском догађају. Свим пацијентима је имплантирана модуларна тотална ендопртеза кољена: са Кинчеровим клином (2 пацијента), са дугим тибикалним стемом (2 пацијента) и са АО плочом (2 пацијента). Код једног пацијента код кога је примарно имплантиран Кинчеров клин није дошло до срстања прелома, клин је одстрањен, те је постављен апарат Илизаров. Након тога су укључени у рани рехабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је дошло до срстања прелома проксималне тибие, те доброг анатомског и функционалног опоравка и повратка активностима свакодневног живота. Закључак: Код пацијената код којих стрес фрактура доводи до озбиљног деформитета удруженог са остеоартрозом хируршко лијечење је лијечење избора. Модуларна тотална пртеза кољена представља адекватно рјешење за гонартрозу удружену са псеудоартрозом проксималне тибие, с обзиром да коригује деформитет, стабилизује фрактуру и ријешава артрозу.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

36. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Periprostetični prelomi femura nakon implantacije totalne endoproteze kuka. Zbornik rezimea Drugog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učešćem; 2011. October 6-8; Niš (Srbija).

Увод: Узроци настанка перипротетичних прелома могу бити: а) Интраоперативни: неадекватан хируршки приступ и извођење оперативног захвата, малпозиција стема (варизиран стем), оштећење кортекса, оштећење калкара малог трохантера; б) Постоперативни: траума, развој системске болести која утиче на квалитет коштаног матрикса (остеопороза, Пејетова болест,...). Класификација се врши на основу положаја фрактурне линије у односу на положај имплантата, а најчешће се користи Ванкувер класификација. Избор методе лијечења зависи од локализације фрактуре, стабилности протезе и квалитета коштане масе. Циљ рада: Представити коришћене хируршке методе лијечења (ОРИФ, ревизионе артропластике и њихова комбинација) ове врсте фрактура у нашој установи. Методологија: У нашој установи у периоду јун 2003. - јун 2011. године извршено је 1872 имплантације тоталних ендопротезе кука. Појава перипротетичних фрактура верификована је код 16 пацијената, са радиолошки потврђеном дијагнозом, те клиничким знацима прелома. Код 5 пацијената тип фрактуре је био Б1, а код 11 пацијената Б2 и Б3 по Ванкувер класификацији. Сви пацијенти су лијечени хируршки и то имплантацијом ревизионе ендопротезе (10 пацијената) и остеофиксацијом серклаж-жицом (6 пацијената). Након оперативног захвата пацијенти су спровели рани физио-рехабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је постигнут потпун опоравак и реституција функционалности доњих екстремитета, као и повратак нормалним свакодневним активностима, уз уобичајена ограничења везана за имплантацију тоталне ендопротезе кука. Значајних компликација нисмо имали. Закључак: За адекватно рјешење проблема перипротетичних фрактура намеће се једино хируршка интервенција. Да би рјешење било потпуно и трајно неопходан је правиан избор хируршке методе, који зависи од врсте и локализације прелома, као и постојања коморбидитета.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

37. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljic S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Hirurško liječenje preloma proksimalnog i distalnog humerusa LCP pločom. Zbornik rezimea Drugog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učesćem; 2011. Octobar 6-8; Niš (Srbija).

Увод: Хируршко лијечење прелома хумеруса ЛЦП плочом је индиковано код фрактура проксималног и дисталног хумеруса са дислокацијама, након остеотомија, фрактура мале-саната и псеудоартроза хумеруса, нарочито код пацијената са ослабљеном коштаном масом, те остеопорозом. Циљ рада: Приказати резултате хируршког лијечења прелома проксималног и дисталног хумеруса ЛЦП плочом. Методологија: У ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ у периоду јун 2009. - јун 2011. године урађено је 6 оперативних захвата у циљу лијечења псеудоартроза насталих као посљедица фрактура хумеруса (4 фрактуре проксималног и 2 фрактуре дисталног хумеруса). Код пацијената са псеудоартрозом, проксималног хумеруса хируршки приступ је био делтоидеопекторални, а код псеудоартроза дисталног хумеруса трицепс сплит уз остеотомију олекранона. Код свих пацијената је уз пласирање остеофиксационог материјала извршена и аутоспонгиозпластика. Након оперативног захвата сви пацијенти су укључени у рани рехабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је дошло до срастања прелома хумеруса, те доброг анатомског и функционалног опоравка, обима покрета и повратка активностима свакодневног живота. Закључак: Без



обзира на захтјевнију хируршку технику, као и цијену ЛЦП плоча у односу на ДЦП плоче, њихова примјена има своје мјесто у лијечењу прелома хумеруса у одређеном индикационом подручју. Два система остеосинтезе обједињена у ЛЦП плочама (динамички - компресивни и закључавајући - систем унутрашњег фиксатора) омогућавају минимално девитализовање ткива, тј. очување периосталне циркулације која се неминовно оштећује класичним депериостирањем.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

38. Bijeljac S, Manojlović S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Artroskopsko šivanje meniskusa tehnikom „spolja prema unutra“ Zbornik rezimea Drugog kongresa traumatologa Srbije s međunarodnim učesćem; 2011. Octobar 6-8; Niš (Srbija).

*Увод:* артроскопски третман повреда менискуса је једна од најчешће извођених ортопедских процедура. Повреде се дешавају како у спорту, тако и у свакодневним животним активностима. Одстрањење повријеђеног дијела менискуса доводи до брзог опоравка и ослобађања од тегоба, али дугорочно праћење показује прерано настајање дегенеративних промјена уз различит степен губитка стабилности кољена. Стога је репарација повријеђеног менискуса за лезије које имају потенцијал зарастања од велике важности за дуготрајну функцију зглоба кољена. Циљ: циљ рада је да се прикаже могућност шивања једноставном техником „споља према унутра“ материјалом који се налази у свакој операционој сали без употребе скупих система. *Методологија:* током артроскопије, како у спиналној, регионалној, теко и у локалној инфилтративној анестезији, ако се нађу лезије менискуса у зони са потенцијалом зарастања увођењем по 2 игле од 18 gauge-а за сваки шав и провлачењем конца кроз њих формира се шав који се веже на спољашњој страни капсуле након прављења мале кожне инцизије у пројекцији руптуре техником која је приказана у раду. *Закључак:* једноставном и јефтиним методом се стварају услови за зарастање повреда менискуса који потенцијално могу да доведу до тешког функционалног оштећења зглоба кољена.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

39. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Totalna endoproteza kao način liječenja komplikacija nakon osteosinteze proksimalnog femura. Program III kongresa STA. 2013. 09-12. Oktobar. Vrnjačka Banja (Srbija).

*Увод:* Међу најчешћим компликацијама прелома проксималног фемура налазимо појаву псеудоартрозе, посттрауматске коксартрозе, те лоше сраслих прелома (fracturae aetate). Најчешћи узроци настанка компликација су нестабилна фиксација, лоше, примијењена или погрешно одабрана остеосинтеза, слаб биолошки потенцијал кости, а најнеадекватнији начин лијечења је хируршки. *Матријал и методе:* Ово је ретроспективна студија којом су обухваћени сви пацијенти са компликацијама прелома кука збринуте на ортопедском одјељењу у ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, у периоду од септембра 2003. до јула 2013. године. Од укупно 94 пацијента (51 жена, 43 мушкарац) индикација за операцију код 51 пацијента је била псеудоартроза, код 33 коксартроза, а код 20 мале саната. *Резултати:* Ова студија показује да су најчешће компликације

*прелома кука псеудоартроза, а потом коксартроза и у мањој мјери мале саната, те да се незнатно чешће јављају код жена. Најчешћи начин рјешавања компликација прелома кука је уградња тоталне ендопротезе (код 89 пацијената и то 67 бесцементних, 20 цементних и 2 хибридне), док је код 5 пацијената урађена остеосинтеза. Закључак: Најадекватнији начин лијечења компликација прелома проксималног фемура је хируршко лијечење. Најчешћи метод лијечења је имплантација тоталне ендопротезе. У лијечењу се користе и реконструктивне коштане операције - остеотомије и реостеосинтезе.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

40. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Periprostetični prelomi proksimalnog femura. Program III kongresa STA. 2013. 09-12. Oktobar. Vrnjačka Banja (Srbija).

*Увод: Узроци настанка перипротетичних прелома могу бити: а) Интраоперативни: неадекватан хируршки приступ и извођење оперативног захвата, малпозиција стема (варизиран стем), оштећење кортекса, оштећење калкара малог трохантера; б) Постоперативни: траума, развој системске болести која утиче на квалитет коштаног матрикса (остеопороза, Пејетова болест,...). Класификација се врши на основу положаја фрактурне линије у односу на положај имплантата, а најчешће се користи Ванкувер класификација. Избор методе лијечења зависи од локализације фрактуре, стабилности протезе и квалитета коштане масе. Циљ рада: Представити кориштене хируршке методе лијечења (ОРИФ, ревизионе артропластике и њихова комбинација) ове врсте фрактура у нашој установи. Методологија: У нашој установи у периоду јун 2003. - јул 2013. године извршено је 2597 имплантација ендопротеза кука. Појава перипротетичних фрактура верификована је код 20 пацијената, са радиолошки потврђеном дијагнозом, те клиничким знацима прелома. Преломи су класификовани по Ванкувер класификацији. Сви пацијенти су лијечени хируршки и то имплантацијом ревизионе ендопротезе (13 пацијената) и остеофиксацијом серклаж-жицом (7 пацијената). Након оперативног захвата пацијенти су спровели рани физioreхабилитациони третман по протоколу установе. Резултати: Код свих пацијената је постигнут потпуни опоравак и реституција функционалности доњих екстремитета, као и повратак нормалним свакодневним активностима, уз уобичајена ограничења везана за имплантацију тоталне ендопротезе кука. Значајних компликација нисмо имали. Закључак: За адекватно рјешење проблема перипротетичних фрактура намеће се једино хируршка интервенција. Да би рјешење било потпуно и трајно неопходан је правилан избор хируршке методе, који зависи од врсте и локализације прелома, као и постојања коморбидитета.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

41. Jandric S, Manojlovic S, Bijeljic S, Talic G, Novakovic S. Quality of life of the patients with hip and knee arthroplasty. Proceedings of the 9th EFORT congress; 2008. May 28-June 1; Nice (France).

*Увод: Артропластика кука и кољена су често извођене ортопедске интервенције и ефикасан вид третмана за унапредовале артрозе кука и кољена које умањују бол и смањују функционални инвалидитет. Функционални дефицит, бол и укоченост зглобова пацијената са тешком остеоартрозом кука и кољена послје*



артропластике кука и кољена могу утицати на квалитет живота. Дизајн: ово је проспективна студија од 200 пацијената, 131 жена (просјечне старости 65.7±9.19 година) и 69 мушкараца (просјечне старости 59.25± година) са дијагностикованом коксартрозом (100 пацијената) или гонартрозом (100 пацијената) који су подвргнути тоталној артропластици. Пацијенти су подијељени у двије групе: група са артропластиком кука и група са артропластиком кољена. Мјерили смо квалитет живота преоперативно, на отпусту и 6 седмица постоперативно Western Ontario и McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) упитницима. Резултати: Збирно WOMAC score је био значајно бољи код пацијената са артропластиком кољена него код пацијената са артропластиком кука ( $t=-4.16117$ ,  $p<0.001$ ) и 6 седмица након артропластике ( $t=-4.43756$ ,  $p<0.001$ ). Бол је на отпусту је био мањи код пацијената са артропластиком кука ( $t=1.889822$ ,  $p<0.05$ ) и 6 седмица након артропластике ( $t=$ ), него код пацијената са артропластиком кољена. Physical function score је на отпусту био већи код пацијената са артропластиком кука него код пацијената са артропластиком кољена ( $t=5.547435$ ,  $p<0.001$ ) и на контролном прегледу. Закључци: Резултати указују на то да је квалитет живота код пацијената са узнапредовалом артрозом кука и кољена послје примарне артропластике бољи код пацијената након артропластике кољена него код пацијената након артропластике кука у раном периоду након хируршког захвата.

**(0,5x3 бода)=1,5 бодова**

42. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Bristow procedure in treatment of anterior recidivant shoulder luxation. Proceedings of the 11th EFORT congress; 2010. June; Madrid (Spain).

Увод: Предњу рецидивну луксацију рамена је у нашој установи хируршки рјешавана методом по Ritti-Platt-у. Нисмо били задовољни функционалним резултатима, нарочито код млађих пацијената код којих је ова процедура показала своје познате недостатке (ограничење покрета у рамену, код активних спортиста је повратак спортским активностима практично био онемогућен). Како је наш град познат у рукометном свијету као велики рукометни центар тако је и значајан број пацијената био из овог спорта. То је био и разлог зашто смо у јуну 1996. године почели са кориштењем хируршке процедуре по Bristow-у. Материјал и методе: Овом ретроспективном студијом је обухваћено 27 пацијената третираних Bristow методом у нашој установи у периоду јун 1996 - децембар 2008. Сви пацијенти су оперисани од стране истог тима хирурга. Сви пацијенти су оперисани делтоидопекторалним приступом, а код 12 је подвезана цефалична вена. Сви оперисани су били мушкарици, просјечне старости 28 година (22 до 39). Од укупног броја пацијената њих четрнаест су били активни спортисти (рукомет 9, фудбал 3, кошарка 2). Код свих пацијената је проведен амбулантни или стационарни физикални третман у зависности од мјеста боравка по стандардном протоколу усвојеним у нашој установи. Резултати: Пацијенти су праћени од 6 до 24 мјесеца. У 85 % случајева добили смо одличан или врло добар резултат (пуни обим покрета у зглобу рамена, безболне покрете и потпуни повратак спорту тј. свакодневним активностима). У 15 % случајева смо добили добар резултат, гдје је активност пацијента остала благо ограничена, а покрети смањени у блажем степену. Неуроваскуларних компликација нисмо имали а код пацијената код којих је подвезана цефалична вена такође нисмо забиљежили никаквих неуроциркулаторних или функционалних

дефицита. **Закључак:** Сматрамо да је у класичној хирургији рецидивантне луксације рамена Бристов процедура метода избора за младе и активне пацијенте. За старије пацијенте и даље остаје актуелна операција по Putti-Platt-у, која је технички мање захтијевна и даје слабији функционални резултат, што може одговорити смањеним потребама старијих пацијената. Напомињемо да смо у фази увођења артроскопске реконструкције за коју сматрамо да има мјесто у третману овог проблема.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

43. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B. Primary THR in cases of high luxation of the hip - typ Crow IV (typ Severin V and Severin VI) in adults. Proceedings of the 11th EFORT congress; 2010. June; Madrid (Spain).

*Увод:* Анатомске карактеристике костију и меких ткива код високих луксација кука захтијевају посебан хируршки приступ приликом имплантације тоталне ендопротезе кука. Промјене меких ткива подразумијевају инсуфицијентне мишиће и скаћен неуроваскуларни сноп. Промјене кости подразумијевају деформисан фемур, продужену дијафизу, сужен феморални канал и неразвијен ацетабулум. *Материјали и методе:* У нашој установи од октобра 2003. до октобра 2009. урађено је 1350 примарних артропластика кука, 34 пацијента (између 27 и 75 година) са високом луксацијом кука (2,52%). Субтрохантерична остеотомија је урађена код 23 пацијента (тип Severin VI). Од 34 пацијента, 27 је имало RPK, а 7 пацијента луксацију као посљедицу постнаталног септичног остеоартритиса кука. Просјечна разлика у дужини ногу је била 5,75 cm (4-8cm). Хируршка техника је подразумијевала хируршку репозицију луксираних кука са продужењем краће ноге, успостављањем природног центра ротације, субтрохантеричну остеотомију фемура (код пацијената са типом Severin VI) и имплантацију тоталне ендопротезе. Постоперативни третман за ову групу пацијената разликовао се од уобичајеног протокола за имплантацију тоталне ендопротезе, а кук и пољено су постављени у 45 степени флексије и постепено довођени у пуну екстензију. Неуроваскуларни статус је свакодневно праћен а пун ослонац је дозвољен након растања остеотомије фемура. *Резултати:* Просјечно праћење је трајало 38 мјесеци (17-53). Изједначавање дужине ногу је постигнуто код 23 пацијента, док је скраћење од 1 cm заостало код 11 пацијената. Од компликација биле су 3 интраоперативне фрактуре трохантерног масива и 4 лонгитудиналне фрактуре фемура. Све су третиране серклаж жсицом. Такође су била 3 масивна хематома и 1 инфекција након 18 мјесеци, због које је ендопротеза одстрањена. Неуроваскуларних или других компликација није било. **Закључак:** Рани резултати код пацијената са високом луксацијом кука који су третирани према описаном протоколу показују да је могуће постићи егализацију екстремитета. Такође резултати показују да је реституција анатомског центра ротације кука одлучујући и предиктивни фактор за добар клинички и радиолошки резултат операције.

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

44. Palija S, Manojlovic S, Bijeljac S, Jovicic Z, **Talic G**, Cvijic P, Kuzmanovic B. Surgical treatment Achilles tendon rupture. Proceedings of the 11th EFORT congress; 2010. June; Madrid (Spain).

*Увод:* Руптура Ахилове тетиве се најчешће јавља као последица индиректне трауме претходно дегенеративно измјењене тетиве. Најчешће се јавља код



рекреативаца и бивших спортиста, нарочито мушког пола. Познато је да многе ортопедске школе преферирају неоперативни начин лијечења ове повреде што је и код нас био случај до средине 1996. године, када смо ове повреде почели третирали оперативном класичном ахилотенопластиком по Схиго-у. А од 2007. године преферирамо перкутану сутуру ахилове тетиве, док класичну ахилотенопластику остављамо за повреде старије од 10 дана. Материјал и методе: Ово је ретроспективна студија којом је обухваћено 55 пацијената (52 мушкарца и 3 жене) са руптуром Ахилове тетиве (код 5 обострано) оперисаних од стране аутора у нашој установи, у периоду од јуна 1996 - децембра 2008. Просјечна доб пацијената је била 42,35 година (32-53). Код свих пацијената дијагноза је постављена анамнестички и клинички на основу познатих клиничких тестова. Уназад 3 године дијагноза је потврђивана УЗВ и NMR (када су се зато стекли технички услови). Сви пацијенти су оперисани у положају пронације. Код 43 је кориштена спинална анестезија, а код 12 (перкутана сутура) локална анестезија 2% раствором Ксилокаина. Код свих пацијената је проведена антибиотска и тромбоемболијска профилакса. Чездесет три пацијента је оперисано ахилотенопластиком по Shigo-у, а 12 перкутаном сутуром ахилове тетиве. Сви оперисани пацијенти су имали имобилизацију у трајању од 6 недеља (2+2+2) те су им након скидања имобилизације препоручене ципеле са повишеном потпетицом у трајању од 6 недеља. Код свих пацијената је проведено физикални третман по протоколу наше установе. Резултати: Период праћења је био од 6-12 мјесеци. Функционални резултати код обе групе пацијената су били врло добри и одлични. Код свих пацијената смо добили нормалну дорзифлексију стопала, с тим што је код пацијената са класичном ахилотенопластиком примјећена хипотрофија поткољене мускулатуре (обим мањи до 2ст мјерен на средини поткољенице, али са нормалним ходом). Компликације су биле чешће код пацијената са отвореном тенопластиком, а одразиле су се у успореном зарастању ране код 4 пацијента, те DVT круралних вена код 5 пацијената). Већина компликација се јавила код пацијената који су се касно јавили ортопеду (погрешно лијечени у старту) или су касно оперисани из техничких разлога. Нисмо забиљежили реруптуре. Сви пацијенти су се вратили на ниво претходне активности. Закључак: Сама чињеница да се код класичне ахилотенопластике чешће јављају компликације дају предност перкутаној сутури коју сада користимо код свјежих руптура (до 10 дана). Класичну операцију користимо код застарјелих руптура док смо конзервативни третман оставили за случај парцијалне руптуре.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

45. Manojlovic S, Bijeljic S, Jovicic Z, **Talic G**, Palija S, Cvijic P, Kuzmanovic B. Primary THR in cases of high luxation of the hip in adults. Proceedings of the 8th CEOC congress; 2010. June; Pecs (Hungary).

Увод: Анатомске карактеристике костију и меких ткива код високих луксација кука захтијевају посебан хируршки приступ приликом имплантације тоталне ендопротезе кука. Промјене меких ткива подразумијевају инсуфицијентне мишиће и скаћен неуроваскуларни споп. Промјене кости подразумијевају деформисан фемур, продужену дијафизу, сужен феморални канал и неразвијен ацетабулум. Материјали и методе: У нашој установи од октобра 2003. до октобра 2009. урађено је 1350 примарних артропластика кука, 34 пацијента (између 27 и 75 година) са високом луксацијом кука (2,52%). Субтрохантерична остеотомија је урађена код 23 пацијента (тип Severin VI). Од 34 пацијента, 27 је

имало RPK, a 7 пацијента луксацију као посљедицу постнаталног септичног остеоартритиса кука. Просјечна разлика у дужини ногу је била 5,75 cm (4-8cm). Хируршка техника је подразумијевала хируршку репозицију луксираниог кука са продужењем краће ноге, успостављањем природног центра ротације, субтрохантеричну остеотомију фемура (код пацијената са типом Severin VI) и имплантацију тоталне ендопротезе. Постоперативни третман за ову групу пацијената разликовао се од уобичајеног протокола за имплантацију тоталне ендопротезе, а кук и пољено су постављени у 45 степени флексије и постепено довођени у пуну екстензију. Неуроваскуларни статус је свакодневно праћен а пун ослонац је дозвољен након зарастања остеотомије фемура. Резултати: Просјечно праћење је трајало 44 мјесеца (21-59). Сви пацијенти су праћени клиничким тестовима, радиолошки и функционално (Преоперативни NHS износио је 48, након 6 мјесеци 79, Преоперативно вриједност Womac index-a је била 40,62, након 6 мјесеци износила је 18,3). Изједначавање дужине ногу је постигнуто код 23 пацијента, док је скраћење од 1 cm заостало код 11 пацијената. Од компликација биле су 3 интраоперативне фрактуре трохантерног масива и 4 лонгитудиналне фрактуре фемура. Све су третиране серклагж жсицом. Такође су била 3 масивна хематома и 1 инфекција након 18 мјесеци, због које је ендопротеза одстрањена. Неуроваскуларних или других компликација није било. Закључак: Рани резултати код пацијената са високом луксацијом кука који су третирани према описаном протоколу показују да је могуће постићи егализацију екстремитета. Такође резултати показују да је реституција анатомског центра ротације кука одлучујући и предиктивни фактор за добар клинички и радиолошки резултат операције.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

46. Bijeljac S, Manojlovic S, Jovicic Z, **Talic G**, Palija S, Cvijic P, Kuzmanovic B. Results of the anterior cruciate ligament reconstruction with hamstring tendon. Proceedings of the 8th CEOC congress; 2010. June; Pecs (Hungary).

Руптура LCA је честа повреда кољена и често доводи до наглог престанка успјешне спортске каријере. Механизам повреде је децелерација удружена са торзијом кољена на фиксираној подлози, углавном без контакта. Повреда оставља посљедице доводећи до хроничне антеролатералне ротаторне нестабилности кољена и временом до остеоартритиса. Циљ ове студије је праћење резултата код оперисаних пацијената након артроскопске реконструкције LCA. Методе: Анализа укључује 129 спортиста (97 мушкараца и 32 жене) лијечених хируршки у нашој установи у периоду од јуна 2005. до јуна 2009. због руптуре LCA. Артроскопска реконструкција LCA је код свих пацијената рађена кориштењем STG графта. 32 пацијената је третирано са неанатомском single bundle техником, 87 са анатомском single bundle техником и 10 са double bundle техником. Ночпластика је рађена код 24 пацијента, а парцијална менисуктомија код 67 пацијената у истом акту, због повреде менискуса. Кољена ортоза је постављана постоперативно, ход са двије штаке је препоручиван до 4 седмице, а пун ослонац са рестрикције хиперекстензије је дозвољаван, а постоперативна рехабилитација провођена по протоколу установе у 4 фазе за све пацијенте. Ми смо анализирали и поредили параметре добијене клиничким и функционалним тестовима, прије и 12 мјесеци после операције, и описане су компликације. Резултати: Преоперативни Lysholm score је био 57,33, а 12 мјесеци пооперативно 92,64. Преоперативни Tegner activity level је био



2,43, a 12 мјесеци постоперативно 7,89. Артрометријска мјерења пацијената прије операције су била у просјеку 8,45mm за предње отварање тибције у односу на фемур што је кориговано на постоперативних 2,18mm у просјеку. Заостали "mini" pivot shift је утврђен код 22 пацијента оперисаних single bundle техником. Пет пацијената (3,87%) је имало предње отварање тибције веће од 2 mm (2-5 mm) након endobutton + endotack фиксације. Један пацијент (0,77%) је имао локалну инфекцију која је успјешно ријешена артроскопском лаважом оперисаног кољена и антибиотском терапијом (Ванкомицин током 10 дана и Ципроцинал до 6 седмица). Нисмо имали компликације као што су интраоперативне лезије меких ткива, разградња графта и тромбозе дубоких вена. Закључак: Артроскопски асистирана реконструкција LCA је третман избора посебно код активних спортиста, након руптуре LCA. Анатомска реконструкција LCA single-bundle или double-bundle техником је основ опоравка пацијената, њиховог повратка активностима прије повреде и то је предуслов за добру дугорочну прогнозу. Endobutton + endotack фиксација графта у нашем малом узорку показује "banging" ефекат, али узорак није довољан да би се доније закључци о лошем фиксационом материјалу.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

47. Jovicic Z, Manojlovic S, Bijeljic S, **Talic G**, Palija S, Cvijic P, Kuzmanovic B. Conversion ORIF into THR. Proceedings of the 8th CEOC congress; 2010. June; Pecs (Hungary).

Увод: Међу најчешћим индикацијама за конвезију ORIF у THR су псеудоартрозе, васкуларне некрозе главе бутне кости, fractura male zapata и коксартроза након ORIF, Нестабилна фиксација, лоше изведена остеоинтеза, лош избор остеоинтетског материјала и слаб биолошки потенцијал кости су најчешћи узроци за појаву компликација, и THR је најадекватнији вид третмана. Материјал и методе: Ово је ретроспективна студија која укључује све пацијенте са компликацијама прелома кука збринуте са ORIF у периоду од септембра 2003. до октобра 2009. године на ортопедском одјељењу у ЗОФМР „Др М. Зотовић“ Бања Лука. Просјечна старост пацијената је била 58,42 године. Од укупно 61 пацијент (27 жена, 34 мушкарца) индикације за операцију су биле псеудоартроза код 30 пацијената, коксартроза код 24 пацијента и лоше срастао прелом код 7 пацијената. Резултати: Конвезија ORIF у THR је рађена са 43 бесцементне протезе, 15 цементних протеза, 2 хибридне и 1 модуларном протезом. Просјечно праћење оперисаних пацијената је било 74 мјесеца (6-110 мјесеци). Сви пацијенти су праћени клиничким тестовима, радиолошки и функционално - Harris Hip Score (44 преоперативно, 79 након 6 мјесеци) и Womac Index (54,11 преоперативно, 34,82 постоперативно, 13,59 након 6 мјесеци). Компликације након THR су биле интраоперативне (2 фрактуре дијафизе фемура и 2 фрактуре трохантера), ране постоп. (1 луксација, 3 DVT, 6 хематома, 1 пнеумонија и 2 ITU) и касне постоп. (1 луксација, 3 периартикуларне калцификације и 1 рано разлабављење). Закључак: Имплантација тоталне ендопротезе кука је метод избора у третману компликација хируршки лијечених фрактура кука. Пажљиво преоперативно планирање и избор висококвалитетних имплантата су основни предуслови за добар резултат (брз опоравак и повратак активностима свакодневног живота).

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

48. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Primary THR in cases of coxarthrosis with high luxation of the hip. XXVI SICOT Triennial World Congress, 46th Brazilian Congress of orthopaedics and traumatology 2014. 19-22. November. Rio de Janeiro, (Brazil).

*Увод: Анатомске карактеристике костију и меких ткива које су присутне код високе луксације кука (ННЛ) захтевају другачију хируршку логику приликом имплантације тоталне ендопротезе кука ((THR). Анатомске промене су: инсуфицијентна мускулатура, скраћен неуроваскуларни спот, деформисан фемура, продужена дијафиза фемура, сужен феморални канал, неразвијен ацетабулум. Циљеви: Приказати могућности хируршког лијечења коксартрозе удружене ННЛ имплантацијом примарне тоталне ендопротезе кољена. Методе: Процент ННЛ је 1,97% (2830/56). 45 пацијената је имало развојни поремећај кука, а код 11 пацијента је луксација настала као последица постнаталног септичног остеоартритиса. Просечна разлика у дужини доњих екстремитета је била 5,75 cm. Хируршка техника подразумијева хируршку репозицију луксираних кука са егализацијом екстремитета, реституцију природног центра ротације кука, субтрохантерну остеотомију и имплантацију тоталне ендопротезе кука. Користили смо бесцементни равни стем са дисталном фиксацијом код 43 пацијента, бесцементни модуларни округли стем код 12 пацијената и цементни стем код 1 пацијента. Резултати: За праћење смо користили клиничке, радиолошке и функционалне тестове (HHS, Womacindex). Изједначавање дужине ногу је постигнуто код 41 пацијената, док је скраћење до 1 cm заостало код 15 пацијената. Компликације са којима смо се сусрели су уздужни преломи бутне кости и несрастање остеотомије бутне кости. Закључак: Рани резултати код пацијената са ННЛ који су лијечени у складу са описаним протоколом потврђују да је могуће изједначавање дужине доњих екстремитета. Резултати такође показују да је реституција у анатомског центра ротације кука одлучујући и предиктивни фактор за добар клинички и радиолошки резултат операције. Ова хируршка процедура је праћена са више компликација него стандардна примарна тотална артропластика кука.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

49. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Surgical treatment of gonarthrosis associated with proximal tibial stress fracture. XXVI SICOT Triennial World Congress, 46th Brazilian Congress of orthopaedics and traumatology 2014. 19-22. November. Rio de Janeiro, (Brazil).

*Увод: стрес фрактуре проксималне тибие удружене са гонартрозом које захтијевају тоталну артропластику кољена се ријетко налазе у пракси. Пацијент најчешће негира трауму. Циљеви: показати могућности хируршког третмана гонартрозе са удруженом стрес фрактураом проксималне тибие. Методе: у ЗОФМР „Др М. Зотовић“ од јуна 2004- до децембра 2013. урађено је преко 1500 артропластика кољена. Индикација за операцију код 8 пацијената је била тешка билатерална гонартроза удружена са унилатералном стрес фрактураом проксималне тибие (код свих пацијената прво смо оперисали кољено са стрес фрактураом) Ни један пацијент није дао податак о евентуалној трауми. Модуларна тотална ендопротеза кољена је имплантирана код 6 пацијената: са Кинчеровим клином (2 пацијента), са дугим тибјалним стемом (4 пацијента), са остеосинтезом по АО (2 пацијента). након операције сви пацијенти су укључени у*



*рани рехабилитациони третман по протоколу институције. Резултати: код 1 пацијента код кога је примарно имплантирани Кинчеров клин није било знакова срастања прелома, клин је одстрањен и постављен апарат по Илизарову. Преломи проксималне тибције су срасли код свих пацијената. Такође, сви пацијента су имали добар функционални опоравак и вратили су се свакодневним животним активностима. Закључци: Хируршки третман је третман избора код пацијената са стрес фрактуром удруженом са гонартрозом која изазива тешке деформитете. Модуларна тотална ендопротеза кољена са тибјалним стемом је адекватно рјешење за гонартрозу удружену са стрес фрактуром проксималне тибције јер исправља деформитет, стабилизује фрактуру и рјешава артрозу.*

**(0,3x3 бода)=0,9 бодова**

- 50.** Manojlović Slavko, Bijeljac Siniša, Jovičić Željko, **Talić Goran**, Palića Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Jovanović Milan: Surgical Treatment of Gonoarthrosis Associated with the Proximal Tibial Stress Fracture 2015. 14-17. Мај, Варна (Бугарска).

Увод: Замјена оштећеног зглоба вјештачким (алоартропластика) је сложена, мутилантна, ресекциона и ирверзибилна хируршка метода којом се болеснику враћа безболна функција ослонца и покрета. Индикације за хируршко лијечење су изражена болна и онеспособљавајућа стања зглоба, која се не могу излјечити конзервативном терапијом (лијекови, i.a. инјекције, физикална терапија...): примарне и секундарне гонартрозе, ревизионе артропластике кољена, повреде и тумори кољена. Контраиндикације за хируршко лијечење су: инфекција (системска, локална), тешка васкуларна или нервна обољења афицираног екстремитета, лош кожни покривач, терминална стања, претјерана гојазност, прекинути колатерални лигаменти, парализа квадрицепса. Дијагностичка евалуација је анамнестичка, клиничка и радиолошка. Ризици: за коморбидитет су: доб пацијената, остеопороза, гојазност, мањак физичке активности, а компликације које могу да се јаве су: дубока венска тромбоза, плућна емболија, пнеумоније, уроинфекције, инфекција имплантата, ограничење покрета, перипротетички преломи, разлабављење и дислокација протезе. Циљ: Приказати искуства у имплантацији тоталне ендопротезе кољена. Болесници и методе: Ортопедски хирург (развијањем нових хируршких техника и приступа) примијењује минимално инвазивну хирургију, побољшава технике цементирања, тражи нове начине фиксације имплантата, уводи нове технике анестезије. Резултати: Укупан број операција током 2010. године у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“, Бања Лука: примарни ТКА у задњих 6 година: 9 у 2004. години, 30 у 2005, 32 у 2006, 91 у 2007, 150 у 2008, 194 у 2009, 245 у 2010, и 60 до сада у 2011. Уведен Регистар имплантата за примарне и ревизионе ендопротезе кољена (и кука). Закључак: Алоартропластика је метода избора у лијечењу пацијената са унапредовалим артрозама кољена. Правилна индикација за оперативно лијечење је први корак у хируршком лијечењу ових пацијената. Пажљиво преоперативно планирање и квалитетан избор имплантата су основни предуслови за добар резултат. Уиграност хируршког тима и квалитетна логистичка подршка установе су неопходни за добар резултат хируршког лијечења. Пацијенти су задовољни брзим опоравком и повратком активностима свакодневног живота.

**(0.3 x 3 бода)=0.9 бодова**

51. Siniša Bjeljac, Manojlović Slavko, Jovičić Željko, **Goran Talić**, Palija Stanislav, Cvijić Petar, Kuzmanović Bojan, Miholjčić Bojan, Jovanović Milan: Lateral Approach in Primary TKR2015. 14-17. Maj, Varna (Bugarska).

*Увод: Анатомске карактеристике костију и меких ткива код високих луксација кука захтијевају посебан хируршки приступ приликом имплантације тоталне ендопротезе кука. Промјене меких ткива подразумевају инсуфицијентне мишиће и скаћен неуроваскуларни сноп. Промјене кости подразумевају деформисан фемур, продужену дијафизу, сужен феморални канал и неразвијен ацетабулум. Материјали и методе: У нашој установи од октобра 2003. до октобра 2009. урађено је 1350 примарних артропластика кука, 34 пацијента (између 27 и 75 година) са високом луксацијом кука (2,52%). Субтрохантерична остеотомија је урађена код 23 пацијента (тип Severin VI). Од 34 пацијента, 27 је имало RPK, а 7 пацијента луксацију као последицу постнаталног септичног остеоартритиса кука. Просјечна разлика у дужини ногу је била 5,75 cm (4-8cm). Хируршка техника је подразумевала хируршку репозицију луксираних кука са продужењем краће ноге, успостављањем природног центра ротације, субтрохантеричну остеотомију фемура (код пацијената са типом Severin VI) и имплантацију тоталне ендопротезе. Постоперативни третман за ову групу пацијената разликовао се од уобичајеног протокола за имплантацију тоталне ендопротезе, а кук и пољено су постављени у 45 степени флексије и постепено довођени у пуну екстензију. Неуроваскуларни статус је свакодневно праћен а пун ослонац је дозвољен након зарастања остеотомије фемура. Резултати: Просјечно праћење је трајало 38 мјесеци (17-53). Изједначавање дужине ногу је постигнуто код 23 пацијента, док је скраћење од 1 cm заостало код 11 пацијената. Од компликација биле су 3 интраоперативне фрактуре трохантерног масива и 4 донгитудиналне фрактуре фемура. Све су третиране серклаж жсицом. Такође су била 3 масивна хематома и 1 инфекција након 18 мјесеци, због које је ендопротеза одстрањена. Неуроваскуларних или других компликација није било. Закључак: Рани резултати код пацијената са високом луксацијом кука који су третирани према описаном протоколу показују да је могуће постићи егализацију екстремитета. Такође резултати показују да је реституција анатомског центра ротације кука одлучујући и предиктивни фактор за добар клинички и радиолошки резултат операције.*

**(0.3 x 3 бода)=0.9 bodova**

52. Miholjčić B, Bijeljac S, Manojlović S, **Talić G**, Palija S, Kuzmanović B, Cvijić P, Stojnić N. Surgical treatment of Achilles tendon rupture. VI Balkan Congress of Arthroscopy, Sports Traumatology and Knee Surgery. 2015. 1-3. Oktobar. Banja Luka, (BiH).

*Руптура Ахилове тетиве је најчешће резултат индиректне трауме на претходно дегенеративно измјењену тетиву. Чешће се јавља код спортиста, нарочито мушкараца. Инциденца у општој популацији је око 0.2%. Циљ је приказати хируршку технику репарације руптуриране Ахилове тетиве. Студија укључује 87 пацијената (78 мушкараца и 9 жена) који су подвргнути хируршком третману руптуре Ахилове тетиве (у 5 случајева обострано) у периоду од 1991-2014. До 2008. године радили смо тенопластику Ахилове тетиве по Шигоу, а од 2008 до сада радимо перкутане сuture Ахилове тетиве, у зависности од индикација. Руптура Ахилове тетиве се јавља углавном код средовјечних мушкараца. Хируршки третман је метода избора за све пацијенте. Код већине пацијената је*



постигнут одличан или врло добар резултат. Компликације су се јавиле код 1 пацијената - успорено зарастање ране. Најбољи третман руптуре Ахилове тетиве је хируршки. Код млађих пацијената метода избора је перкутана сутура, због краћег времена опоравка, краће рехабилитације и бржег повратка активностима свакодневног живота.

(0,3x3 бода)=0,9 бодова

**Радови на скупу националног значаја, штампани у Зборнику извода радова:**

1. Manojlović S, S. Bijeljac, Ž. Jovičić, **Talić G**, Miholjčić B. Hirurški tretman preloma proksimalnog okrajka femura. Zbornik radova Drugog kongresa doktora medicine Republike Srpske. 2011. Maj 26-29; Teslić (RS/BiH): 146.

*Увод:* Под преломима проксималног крајка фемура подразумевамо преломе врата и главе фемура, великог и малог трохантера, интертрохантерне и субтрохантерне преломе. Најчешћи узроци прелома су падови, поготово код старијих од 65 година (остеопороза). У лијечењу се примјењује оперативни третман, који подразумева остеосинтезу (кондиларна плоча и „Dyapatic Hip Screw”, DHS) или алоартропластику (имплантација ендопротезе). *Испитаници и методе:* Студијом је обухваћено 117 пацијената (94 жене, 23 мушкарца) са преломом проксималног крајка фемура збринутих на ортопедском одјељењу Завода за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић”, Бања Лука, у периоду од септембра 2003. до јула 2009. Просјечна старост праћених пацијената је 71,07 година. Код 85 пацијената уграђена је тотална ендопротеза (42 бесцементне, 37 цементних, четири хибридне, једна туморска), код 20 парцијална ендопротеза, а код 12 пацијената је урађена остеосинтеза (шест кондиларном плочом, шест DHS). *Резултати:* Прелом проксималног крајка фемура се знатно чешће јавља код жена и то у односу 4:1. Већина пацијената је дефинитивно збринута уградњом тоталне ендопротезе. Од компликација утврђене су: два смртна исхода (унутар три недјеље од операције), пет инфекција ране, пет дубоких венских тромбоза, пнеумоније и уроинфекције. *Закључак:* За избор најбољег третмана неопходна је адекватна класификација (Гарден), као и осврт на локализацију прелома, опште стање, виталност и доб пацијента. Сви пацијенти су лијечени оперативно, што у односу на конзервативно лијечење има предност у брзој мобилизацији, стабилнијем ходу, краћој хоспитализацији и смањењу трошкова лијечења. У почетку је свим старијим пацијентима имплантирана парцијална ендопротеза. Међутим, у посљедње двије године, свим покретним и активним пацијентима имплантира се тотална ендопротеза.

(0,5x1 бод)=0,5 бодова

2. Jovicic Z, Bijeljic S, Manojlovic S, **Talic G**, Nozica-Radulovic T. Conversion open reduction and internal fixation into total hip replacement. 2nd Congress of Medical Doctors of Republika Srpska Abstract book. 2011, May, Teslić, (Republic of Srpska, BiH): 62.

*Увод:* Међу најчешћим индикацијама за конвезију ORIF у THR су псеудоартрозе, аваскуларне некрозе главе бутне кости, fractura male sanata и коксартроза након ORIF, Нестабилна фиксација, лоше изведена остеосинтеза, лош избор остеосинтетског материјала и слаб биолошки потенцијал кости су најчешћи узроци за појаву компликација, и THR је најадекватнији вид третмана.

*Материјал и методе: Ово је ретроспективна студија која укључује све пацијенте са компликацијама прелома кука збринуте са ORIF у периоду од септембра 2003. до октобра 2009. године на ортопедском одјељењу у ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука. Просјечна старост пацијената је била 58,42 године. Од укупно 61 пацијент (27 жена, 34 мушкарца) индикације за операцију су биле псеудоартроза код 30 пацијената, коксартроза код 24 пацијента и лоше срастао прелом код 7 пацијената. Конвезија ORIF у THR је рађена са 43 бесцементне протезе, 15 цементних протеза, 2 хибридне и 1 модуларном протезом. Резултати: Сви пацијенти су праћени клиничким тестовима, радиолошки и функционално - Harris Hip Score (44 преоперативно, 79 након 6 мјесеци) и Womac Index (54,11 преоперативно, 34,82 постоперативно, 13,59 након 6 мјесеци). Компликације након THR су биле интраоперативне (2 фрактуре дијафизе фемура и 2 фрактуре трохантера), ране постоперативне (1 луксација, 3 DVT, 6 хематома, 1 пнеумонија и 2 ITU) и касне постоперативне (1 луксација, 3 периартикуларне калцификације и 1 рано разлабављење). Закључак: Имплантација тоталне ендопротезе кука је метод избора у третману компликација хируршки лијечених фрактура кука. Пажљиво преоперативно планирање и избор висококвалитетних имплантата су основни предуслови за добар резултат.*

**(0,5x1 бод)=0,5 бодова**

3. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Nožica-Radulović T. Totalna endoproteza koljena-naše iskustvo na 800 pacijenata. Zbornik radova Drugog kongresa doktora medicine Republike Srpske. 2011. Maj 26-29; Teslić, (RS/BiH): 58.

*Увод: Замјена оштећеног зглоба вјештачким (алоартропластика) је сложена, мутилантна, ресекциона и иреверзибилна хируршка метода којом се болеснику враћа безболна функција ослонца и покрета. Индикације за хируршко лијечење су изражена болна и онеспособљавајућа стања зглоба, која се не могу излјечити конзервативном терапијом (лијекови, i.a. ињекције, физикална терапија...): примарне и секундарне гонартрозе, ревизионе артропластике кољена, повреде и тумори кољена. Контраиндикације за хируршко лијечење су: инфекције (системска, локална), тешка васкуларна или нервна обољења афицираног екстремитета, лош кожни покривач, терминална стивња, претјерана гојазност, прекинути колатерални лигаменти, парализа квадрицепса. Дијагностичка евалуација је анамнестичка, клиничка и радиолошка. Ризици: за коморбидитет су: доб пацијената, остеопороза, гојазност, мањак физичке активности, а компликације које могу да се јаве су: дубока венска тромбоза, плућна емболија, пнеумоније, уроинфекције, инфекција имплантата, ограничење покрета, перипротетички преломи, разлабављење и дислокација протезе. Циљ: Приказати искуства у имплантацији тоталне ендопротезе кољена. Болесници и методе: Ортопедски хирург (развијањем нових хируршких техника и приступа) примјењује минимално инвазивну хирургију, побољшава технике цементирања, тражи нове начине фиксације имплантата, уводи нове технике анестезије. Резултати: Укупан број операција током 2010. године у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“, Бања Лука: примарни ТКА у задњих 6 година: 9 у 2004. години, 30 у 2005, 32 у 2006, 91 у 2007, 150 у 2008, 194 у 2009, 245 у 2010, и 60 до сада у 2011. Уведен Регистар имплантата за примарне и ревизионе ендопротезе кољена (и кука). Закључак: Алоартропластика је метода избора у лијечењу пацијената са узнапредовалим артрозама кољена. Правилна индикација за оперативно лијечење је први корак у хируршком лијечењу ових пацијената. Пажљиво преоперативно планирање и*



квалитетан избор имплантата су основни предуслови за добар резултат. Уиграност хирушког тима и квалитетна логистичка подршка установе су неопходни за добар резултат хирушког лијечења. Пацијенти су задовољни брзим опоравком и повратком активностима свакодневног живота.

**(0,5x1 бод)=0,5 бодова**

4. Slavko Manojlović, Tatjana Nožica Radulović, Dragana Dragičević-Cvjetković, **Goran Talić**. Hirurški tretman gonartroze. 4. Kongres fizijatar Bosne i Hercegovina sa međunarodnim učešćem. 2012. Septembar 19-22, Banja Luka (BiH): 72.

*Све болне, артритичне промјене које не реагују на неоперативно лијечење (медикаментозно физикално) захтјевају хируршки третман на зглобу кољена. У основи хируршки третман се дијели на: ендоскопски (артроскопски), остеотомије кољена, те имплантације парцијалне или тоталне протезе кољена, које су и најчешћи начин лијечења. Циљ рада је приказати индикације за хируршки третман гонартроза, односно границу између неоперативног и оперативног третмана кољена. Артроскопски третман подразумјева тоалету зглоба, одстрањење некротичне хрскавице и дегенеративно измјењених менискуса, те разне поступке провоцирања настанка везивног ткива на мјесту хрскавичног дефекта. Остеотомије су најчешће високе тибичалне остеотомије које се раде код варус ангулације кољена (врло ријетко и валгус), а које се преферирају код пацијената млађих од 60 година. Данас се најчешће као третман унапредовалих гонартроза користе имплантације парцијалне и тоталне ендопротезе кољена. У раду ћемо приказати наша индикациона подручја на имплантираних 1100 протеза кољена. Прецизније ће бити побројане и уже индикације у односу на клиничку тежину деформитета, тежобе пацијента, дужину неоперативног лијечења, као и у односу на доб пацијента. Успјешност хирушког третмана зависи искључиво од правилно постављене индикације за хируршко лијечење, као и правилно изабране методе хирушког лијечења.*

**(0,75x1 бод)=0,75 бодова**

5. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Hirurški tretman gonoartroze XI kongres doktora medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem. 2013. 07-10.11. Banja Vrućica Teslić, (BiH): 94.

*Циљ рада је приказати индикације за хируршки третман гонартроза, односно границу између неоперативног и оперативног третмана кољена. Артроскопски третман подразумјева тоалету кољенског зглоба, одстрањење некротичне хрскавице и дегенеративно измјењених менискуса, те разне поступке повећања везивног ткива на мјесту хрскавичног дефекта. Високим тибичалним остеотомијама користе се у пацијената млађи од 60 година. Данас се најчешће користе имплантати парцијалне и тоталне ендопротезе кољена. У раду су приказана наша искуства, индикациона подручја на имплантираних 1558 (до 28.9.2013) протезе кољена. Прецизније ће бити побројане и уже индикације у односу на доб пацијента. Успјешан хируршки третман зависи искључиво од правилно постављених индикација као и правилно изабране методе лијечења.*

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

6. Cvijić P, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Menadžment postoperativnog bola u artroplastici koljena. III kongres doktora medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem. 2013. 07-10.11. Banja Vrućica Teslić, (BiH): 95.

*Uvod: Intenzitet postoperativnog bola nakon totalne artroplastike koljena jedan je od najznačajnijih faktora koji utiču na ostale stanje pacijenta, brzinu rehabilitacije, dužinu i troшкове болничког лијечења. Локална инфилтративна аналгезија представља једну од техника управљања болом и подразумева интраоперативну апликацију лијека или комбинације лијекова у периартикуларно ткиво оперисаног зглоба, а са циљем смањења интензитета постоперативног бола. Циљ: Примарни циљ истраживања је утврдити утицај локалне инфилтративне аналгезије на интензитет постоперативног бола код пацијената подвргнутих имплантацији totalне ендопротезе колјена, у односу на плацебо, а потом и на брзину рехабилитације пацијената и дужину болничког лијечења. Методологија: Ово је проспективна, рандомизирана, двоструко сљепа студија, којом је обухваћено 80 пацијената (подијељени у двије групе по 40) лијечених у ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић", у периоду од марта до јула 2010. године. Током оперативног захвата пацијенти групе А су интраартикуларно добијали комбинацију лијекова (мелоксикам 15 мг, бупивакаин 300 мг и адреналин 0,3 мг), а пацијенти групе Б су добијали плацебо (у виду еквивалентне запремине физиолошког раствора). Пројекта бола је вршена уз помоћ визуелне аналогне скале бола (1-5). Резултати: У групи пацијената која је примала комбинацију лијекова (група А) забиљежена је значајна редукација бола у односу на групу пацијената која је добијала плацебо, што ће бити приказано у раду. Поред тога, непосредни постоперативни физикални третман се лакше проводио у групи пацијената који су примали комбинацију лијекова. Закључак: Локална инфилтративна аналгезија значајно редукује ниво постоперативног бола и планира се њена рутинска примјена у нашој свакодневној пракси.*

(0,3x1 бод)=0,3 бода

7. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Reviziona artroplastika koljena-rana iskustva. III kongres doktora medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem. 2013. 07-10.11. Banja Vrućica Teslić, (BiH): 95-6.

*Uvod: Reviziona хирургија је једна од тактички и технички најзахтјевнијих ортопедских процедура и за њену успјешност неопходна је како идентификација и разумијевање проблема, тако и техничка подршка институције. Циљ: Ретроспективном анализом оперисаних пацијената у нашој установи приказати најчешће индикације за ревизиону артропластику зглоба колјена и начине хируршког лијечења, као и компликације ревизионе артропластике. Материјал и методе: У периоду од 2004 до 2013. у Заводу за ортопедију, физикалну медицину и рехабилитацију "Др Мирослав Зотовић" уграђено је 1558 примарних ендопротеза колјена, а 52 ревизиона оперативна захвата, од чега је код 41 уграђена ревизиона ендопротеза колјена. Пацијенти су дистрибуирани по полу, старосној доби, протеклом времену од примарне артропластике, врсти уграђених имплантата, те индикацији за ревизиону оперативни захват. Резултати: Знатно чешће су ране ревизионе операције (вријеме протекло од примарне операција до 2 године), а најчешћа индикација је инфекција, односно септично разлабављење, након чега слиједе асептично разлабављење и*



инсуфицијенција екстензорног апарата. Рјеђе индикације су перипротетичке фрактуре и луксација компоненти ендопротезе. Закључак: Потребно је правовремено уочити проблем у функционисању примарног имплантата, те пацијента упутити у установу која има кадровски и технички потенцијал да се обави адекватан ревизиони захват.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

8. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Totalna endoproteza kuka kod komplikacija liječenja preloma vrata femura. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 12.

*Компликације хируршки лијечених прелома кука представљају значајан проблем у ортопедској хирургији и настају након различитих врста примарних третмана прелома. Циљ је био приказати наша искуства у лијечењу наведених компликација, те наше ставове о начину рјешавања истих. Ово је ретроспективна студија која обухвата 102 пацијента са компликацијама прелома кука збринута на ортопедском одјељењу у ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, у периоду септембар 2003. - мај 2014. године. Сви пацијенти су подвргнути стандардној преоперативној припреми, оперативном захвату (латерални декубитус, проширени постеролатерални приступ); тромбоемболијској и антибиотској профилакси. Постоперативна рехабилитација по протоколу установе (вертикализација први постоперативни дан, пун ослонац 7-42 постоперативни дан, ослобађање од штака након 2-4 мјесеца). Просјечно праћење пацијената 74 мјесеца. Од укупно 102 пацијента (55 жена, 47 мушкараца) индикација за операцију код 53 пацијената је била посттрауматска коксартроза, код 25 псеудоартроза, а код 24 fractura male sanata. Просјечна доб оперисаних пацијената је била 66,76 (16 - 81 год). Најчешћи начин рјешавања компликација прелома кука је уградња тоталне ендопротезе (70 бесцементних, 24 цементне и 8 хибридних). Од интраоперативних компликација смо имали прелом дијафизе фемура у пет случајева (остеосинтеза). Ране постоперативне компликације: луксације-2, ДВТ-3, хематом-6, пнеумонија-1, ИТУ-2. Касне постоперативне компликације: луксације-3, периартикуларни осификати-3, рано разлабављење-1. Најчешћи узроци неуспјешне остеосинтезе су: нестабилна, погрешно одабрана или технички лоше изведена ORIF, слаб биолошки потенцијал кости, непознавање хируршке технике, несавјестан хируршки рад. Имплантација ендопротезе кука је метода избора лијечења компликација лијечених прелома кука у нашој установи. Пажљиво преоперативно планирање и квалитетан избор имплантата су основни предуслови за добар резултат. За ову хирургију су неопходни кадровски, технички и логистички ресурси.*

(0,3x1 бод)=0,3 бода

9. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Hirurški tretman preloma proksimalnog okrajka femura. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH).

*Под преломима проксималног крајка фемура подразумијевамо преломе врата и главе фемура, великог и малог трохантера, интертрохантерне и субтрохантерне преломе. Најчешћи узроци прелома су падови, као и патолошки*

преломи, поготово код старијих од 65 година (остеопороза, тумори, MbPaget). Студијом је обухваћено 376 пацијената (298 жена, 78 мушкарца) са преломом проксималног крајка фемура збринутих на ортопедском одјељењу у ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, у периоду септембар 2003. - јуни 2014. Сви пацијенти су подвргнути преоперативној припреми (CDS крвних судова доњих екстремитета), RTG евалуацији, антибиотској и тромбоемболијској профилакси, као и непосредном постоперативном физиореабилитационом третману. Просјечна доб праћених пацијената је 71.07 година. Код 274 пацијената урађена је тотална ендопротеза (145 бесцементних, 100 цементних, 23 биарткуларне, 5 хибридних, 1 туморска), код 77 парцијална ендопротеза, а код 25 пацијената је урађена остеосинтеза (15 плоча, 10 DHS-ом). Од компликација издвајамо: 2 смртна исхода(унутар 3 недеље од операције), 11 инфекција ране, 8 дубоких венских тромбоза, пнеумоније и уроинфекције. За избор најбољег третмана неопходна је адекватна класификација, као и осврт на локализацију прелома, опште стање, виталност и доб пацијента. Оперативно лијечење има предност у брзој мобилизацији, стабилизацији хода, крајојхоспитализацији и смањењу трошкова лијечења. У почетку смо свим старијим пацијентима имплантирали парцијалну ендопротезу. Међутим, сада свим покретним и активним пацијентима имплантирамо тоталну ендопротезу, док парцијалну ендопротезу имплантирамо само непокретним, слабо покретним и неактивним пацијентима.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

10. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Mihaljčić B, Jovanović M. Primary THR in cases of coxarthrosis with high luxation of the hip. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa међународним учешћем. 2014, 18-21. Септембар. Јахорина, (БиН) 35.

Увод: Анатомски карактеристике костију и меких ткива које су присутне код високе луксације кука (ННЛ) захтевају другачију хируршку логику приликом имплантације тоталне ендопротезе кука (THR). Анатомске промене су: инсуфицијентна мускулатура, скраћен неуроваскуларни сноп, деформисан фемур, продужена дијафиза фемура, сужен феморални канал, неразвијен ацетабулум. Циљеви: Приказати могућности хируршког лијечења коксартрозе удружене ННЛ имплантацијом примарне тоталне ендопротезе кољена. Методе: Процент ННЛ је 1,97% (3020/60). 48 пацијената је имало развојни поремећај кука, а код 12 пацијента је луксација настала као последица постнаталног септичног остеоартритиса. Просечна разлика у дужини доњих екстремитета је била је била 5,75 cm. Хируршка техника подразумијева хируршку репозицију луксираног кука са егализацијом екстремитета, реституцију природног центра ротације кука, субтрохантерну остеотомију и имплантацију тоталне ендопротезе кука. Користили смо бесцементни модуларни округли стем код 13 пацијената и цементни стем код 1 пацијента. Резултати: За праћење смо користили клиничке, радиолошке и функционалне тестове (HHS, Womac index). Изједначавање дужине ногу је постигнуто код 44 пацијената, док је скраћење до 1 cm заостало код 16 пацијената. Компликације са којима смо се сусрели су уздужни преломи бутне кости и несрастање остеомије бутне кости. Закључак: Рани резултати код пацијената са ННЛ који су лијечени у складу са описаним протоколом потврђују да је могуће изједначавање дужине доњих екстремитета. Резултати такође показују да је реституција у анатомског центра ротације



кука одлучујући и предиктивни фактор за добар клинички и радиолошки резултат операције. Ова хируршка процедура је праћена са више компликација него стандардна примарна тотална артропластика кука.

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

11. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Kratki bescementni stem u primarnoj aloplastici zgloba kuka. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH) 35-6.

*Бесцементна ендопротеза кука са кратким стемом обезбјеђује метафизну фиксацију, боље очување кости као и прстена врата фемура. Индикације за употребу су диспропорција између метафизног и дијафизног дијела фемура (урођена или стечена), деформитет метафизно-дијафизног прелаза фемура, као и пацијенти млађе животне доби. Приказивање наших искустава у примјени кратког стема приликом имплантације тоталне ендопротезе кука и доказивање оправданости имплантације истог код постојања поменутих индикација. Радам је обухваћено 67 пацијента (56 жена, 11 мушкараца) који су оперисани у ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић" у периоду децембар 2008. - јуни 2014. године. Стандардна оперативна техника. Антибиотска и тромбоемболијска профилакса по протоколу. Рана рехабилитација и пун ослонац на оперисану ногу први постоперативни дан. Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (ННС, Womacindex). Најстарији пацијент је имао 63, а најмлађи 31 годину. Просјечно трајање оперативног захват је било 40 минута, просјечан губитак крви 430ml, дужина боравка у болници 8 дана по операцији. Увијек је кориштена бесцементна ацетабуларна компонента са Highcross-link полиетиланским инсертом, осим у пет случајева, гдје је кориштена МЕТАЛ-МЕТАЛ (BIGHEAD). Преоперативни ННС просјечно 54, постоперативно 82 (након 6 недеља); Womacindex преоперативно 56.45, постоперативно 29 (након 6 недеља). У току праћења нисмо регистровали остеолизе, нити потонућа стема, као ни других значајнијих компликација. Кратки стем омогућава једноставну технику имплантирања и центрирања, уз кориштење врло прецизног инструментаријума. Стем је идеалан за имплантацију код повећане закривљености фемура, те уског феморалног канала.\*Феморална препарација је једноставнија и инцизија је краћа за просјечно 3 cm. Идеална је опција за млађе пацијенте.*

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

12. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Metal-metal (Big head) endoproteza u liječenju koksartroze pacijenata srednje životne доби. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 40.

*Бесцементна метал-метал ендопротеза кука подразумијева комбинацију велике главе и ацетабуларне капе без полиетиленског инсерта, тј. контактну површину метал на метал. Углавном се уграђује млађим мушкарцима између 40 и 65 година. Примарни циљ рада је приказивање наших искустава у примјени метал-метал тоталне ендопротезе кука и указивање на оправданост имплантације исте код пацијената, претежно мушкараца, средњег животне доби у пуној активности, са дегенеративном коксартрозом. Радам је обухваћено 124*

пацијената (115 мушкараца, 9 жена) који су оперисани у ЗОФМР "Др М. Зотовић" у периоду јуни 2008. - јуни 2014. године. Пацијентима је имплантирана бесцементна ацетабуларна компонента типа Магнум (114) и ASR (12), као и бесцементни стем типа Corail (67 пацијента), Taperloc (54 пацијента) и Taperloc microhip (5 пацијента). Сви пацијенти су праћени радиографски и функционално (HHS, Womac index). Најмлађи пацијент је имао 24 године, најстарији 71 годину (просјечно 41.6 године). Код два пацијента је урађена обострана имплантација у једном акту. Код свих пацијената добили смо пун обим покрета и брже враћање активностима свакодневног живота. Просјечни преоперативни HHS је био 54, постоперативни 82 (након 6 недеља); Womac index преоперативно 51.05, постоперативно 27.50 (након 6 недеља). Компликација нисмо имали. Код пет пацијената је забиљежен бол у препони (контакт или поаса?). Бесцементна метал-метал ендопротеза кука омогућује пун обим покрета у оперисаном куку и брз повратак активностима свакодневног живота. Смањује ризик од дислокације и идеално је рјешење за млађе, високо захтијевне пацијенте. Без обзира на опречна мишљења када је у питању контактна површина Метал-Метал, наши пацијенти нису имали клиничких знакова тровања тежким металима.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

13. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Uzroci revizije proteze kuka na našem materijalu 2004-2014. godine. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 46.

Указати на најчешће разлоге за ревизију тоталне ендопротезе кука са доношењем ставова у погледу превенције лијечења. У ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић" у периоду од 01. 10. 2003 - 25. 06. 2014. године урађено је укупно 3020 алоартропластике кука, од тога 229 ревизија (7.6%). Ретроспективна анализа: Историја болести; RTG архива; Регистар имплантата; Фото документација. Радом је обухваћено 229 пацијената оперисаних (120 мушкараца, 109 жене) у установи у периоду јуни 2004 - јуни 2014. године. Хируршки приступ - продужени постеролатерални, уз остеотомију трохантера према потреби, латерални декубитус. Просјечна старост оперисаних је била 66.8 година. Просјечно вријеме протекло од претходне операције 6.35 година (7 дана - 28 година). Раних ревизија смо имали 153, касних 76. Примарно оперисаних у нашој установи је било 66 (28%), у другим установама 163 (72%). У 184 случаја примарни имплантат је била тотална ендопротеза, у 35 парцијална, те у 10 стање након претходног одстрањења ендопротезе. Најчешће индикације за ревизију су биле: Разлабављење ацетабул. компоненте - 48 пацијената; Разлабављење феморалне компоненте - 33; Разлабављење обе компоненте - 46; Луксација - 50; Рјеђе индикације су биле: перипротетични преломи, инфекција, прелом имплантата, протрузија ацетабулума, прелом фемура, оштећење инсерта. Интраоперативне компликације смо имали код 35 пацијената (15.2%): Прелом фемура - 13; Прелом трохантера - 10; Перфорација фемура - 6; Прелом ацетабулума - 2, нестабилност - 2. Имали смо 15 случајева ре-ревизија. Узроке ревизија примарне алоартропластике можемо подијелити на четири фактора: хирург, имплантат, установа, пацијент. Претпоставке за успјех су: 1. досљедно поштовање принципа примарне лоартропластике, 2. познавање основних начела



имплантације, 3. ефикасан хируршки тим, 4. преоперативно планирање, адекватан избори мплантата, 5. операциона сала искључиво за алоартропластике, 6. сталне едукације и консултације са врхунским стручњацима.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

14. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Early dislocations after THR. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 48.

*Најчешћа рана компликација након имплантације тоталне ендопротезе кука је дислокација протезе. Процент примарних дислокација креће се од 1-3%, док код ревизионих артропластика или артропластика које су последица тумора иде до 20%. Циљ студије је ретроспективно анализирати пацијенте оперисаних у нашој установи и показати најчешће узроке за дислокацију ендопротезе кука, као и њихов третман. Анализа је обухватила 82 болесника који су лијечени на нашем одјељењу у периоду октобар 2003 - јун 2014. године. Дијагноза - клинички симптоми и РТГ. Пацијенти су третирани конзервативно ортопедском репозицијом и хируршки - ревизиона артропластика кука. Хируршка техника је стандардна за ревизиону операцију кука. Од 82 пацијената, примарно оперисаних у нашој установи је било 49 (1,62% од 3020 примарних артропластика кука). Њих 36 је третирано са затвореном ортопедском репозицијом, а 46 подвргнуто ревизионој операцији. Од укупно оперисаних пацијената примарна артропластика је рађена у нашој установи код 24 пацијента (0.77%). Код 27 пацијената извршена је реоријентација компоненти ендопротезе (углавном ацетабуларне), код 8 пацијената је замијењен ацетабуларни инсерт, код 10 је замијењена феморална главица ендопротезе и код 1 пацијента је имплантирана dualmobility ацетабуларна компонента. Нисмо имали ре-ревизионих операција. Главни узрок дислокације ендопротезе је лоша хируршка техника (малпозиција, impingement), након чега слиједе фактори вазани за пацијента (абдукторна инсуфицијенција, непридржавање унутстава у вези са забрањеним покретима), као и фактори везани за имплантат (лош избор, неадекватан квалитет). Да би се смањила учесталост дислокације потребно је досљедно се придржавати се принципа хируршке технике за имплантацију примарне ендопротезе кука, преоперативног планирања и правилног избора имплантата.*

(0,3x1 бод)=0,3 бода

15. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Revision knee arthroplasty-early experiences. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 50-1.

*Ревизиона хирургија је једна од тактички и технички најзахтјевнијих ортопедских процедура и за њен успјех неопходно је идентификовати и разумјети проблем и имати техничку подршку институције. Циљ студије је ретроспективно анализирати пацијенте оперисане у нашој установи и показати најчешће индикације за ревизиону хирургију кољена, као и методе хируршког третмана и компликације ревизионе артропластике. Од јуна 2004. до јуна 2014. у нашој установи је имплантирано преко 1700 примарних ендопротеза кољена, а урађена је 71 ревизиона операција, од чега је код 55 имплантирана*

ревизиона ендопротеза. Пацијенти су дистрибуисани према полу, годинама, протеклом времену од примарне артропластике, типу имплантата и индикацијама за ревизиону хирургију. Значајно чешће су ране ревизионе операције (вријеме протекло од примарне операције је до 2 године), а најчешће индикације су инфекција, или септично разлабављење, послје чега сlijеди асептично разлабављење и оштећење екстензорног апарата. Мање честе индикације су перипротетичне фрактуре, руптуре MCL и дислокације компоненти ендопротезе. Процедуре које су рађене подразумијевале су једноставне замјене ендопротезе са PS типом ендопротезе, потом имплантацију PS протезе са феморалним и тибијалним стемовима, као и hinge ендопротезе кољена. Битно је да се одмах уочи проблем у функционисању примарног имплантата и усмјерити пацијента у установу која има особље и технички потенцијал за обављање адекватне ревизионе хируршке интервенције.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

16. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Periprostetičke infekcije. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 53.

Перипротетичка инфекција (ППИ) је тешка компликација у хирургији замјене зглобова. Појављује се у малом проценту, али резултира значајним погоршањем функционалног резултата. Ризик од ове инфекције је генерално око 1%, са значајним одступањем у различитој литератури. ППИ је значајан клинички и економски проблем, са становишта дијагнозе и третмана. Суочени смо са растућом мјешавином случајева, уз велику преваленцију пацијената са имунолошким дефицитом и коморбидитетом, те са бактеријама резистентним на антибиотике. Од 204 ревизиона захвата на ендопротези зглоба кука, у 11 случајева је индикација за операцију била ППИ, док је код ендопротезе кољена број ревизионих захвата урађених у нашој установи 53, од тога у 18 случајева индикација је била ППИ (подаци из новембра 2013.). У раду износимо наша искуства у превенцији, дијагностици и третману перипротетичних инфекција. Најбоља превенција је коректно урађена примарна артропластика. Промптна дијагноза омогућује рани третман. Дефинитивна микробиолошка дијагноза је императив. Јасна је и главна улога хируршке интервенције у третману ове компликације. На основу нашег искуства и у складу са актуелним трендовима у данашњој ортопедији, ми препоручујемо „twostage“ ревизију уз употребу артикулирајућих антибиотских спејсера.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

17. Kuzmanović B, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Miholjčić B, Jovanović M. Naša isklustva u primjeni traneksamične kiseline u aloplastičnoj hirurgiji kuka i koljena. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 57.

Транексамична киселина спада у антифибринолитичке агенсе. Своје антифибринолитичко дејство остварује блокадом везања лизина за плазминоген и прелаза к у активни облик плазмин, а у већим дозама врши и инхибицију активности плазмине. Приказати наша искуства у примјени транексамичне киселине у редуцији интра и постоперативног крварења, те компликација у вези с истим, у односу на пацијенте код којих није примјењивана. Радам је обухваћено 80 пацијената подвргнутих алопластичним операцијама кука и кољена на



Ортопедском одјељењу Завода у периоду новембар 2013. - мај 2014., подијељених у двије групе - 40 пацијента третираних транексамичном киселином (Група I) и 40 пацијената код којих иста није примјењивана (Група II). Праћени су лабораторијски параметри (Er, Hgb, Htc преоперативно и постоперативно), појава појачаног или пролонгираног крварења, количине неопходних јединица крви и крвних деривата, величина постоперативног хематома, као и појава тромбоемболијских компликација (УЗВ контрола након мјесеца дана). Средње преоперативне вриједности праћених параметара су биле у оквиру референтних вриједности Средње постоперативне вриједности Hgb, Er и Htc су биле ближе референтним у групи I. У групи I је примјеђено значајно мање интраоперативно крварење, као и постоперативни губитак на дренажу. Нити једном пацијенту није стављен сет за аутологну трансфузију. У групи I ординирано је укупно 7 јединица крви и крвних деривата (0,18 по пацијенту), у групи II 51 јединица (1,3). У групи I је уочена значајна редукција величине постоперативних хематома. Примјена транексамичне киселине значајно редукује интра и постоперативно крварење, употребу сетова за аутологну трансфузију, неопходне јединице крви и крвних деривата, као и компликације у вези с тим, што поред медицинског има и економски значај.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

18. Kuzmanović B, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Miholjčić B, Jovanović M. Oralna tromboprofilaksa u aloplastičnoj hirurgiji kuka i koljena. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH).

Тромбоемболизам представља једну од најтежих раних компликација након великих ортопедских захвата на зглобу кука и кољена. Профилакса се конвенционално проводи ниско-молекуларним хепаринима субкутано. Орална тромбо-профилакса представља значајан новитет и будућност у овој области. Приказати искуства љекара Ортопедског одјељења Завода за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у примјени оралне тромбопрофилаксе у поређењу са конвенционалним начином профилаксе, те указати на, до сада запажене, предности и недостатке. Радам су обухваћени пацијенти подвргнути алопластичним операцијама кука и кољена на Ортопедском одјељењу Завода за физикалну медицину и рехабилитацију "Др Мирослав Зотовић", третирани оралном тромбопрофилаксом ривароксабаном, као и пацијенти третирани стандардном тромбопрофилаксом ревиварином и еноксапарином. У обје групе провођена је рана мобилизација и друге методе физичке тромбопрофилаксе. Ривароксабан је ординиран у дози од 10 mg на дан, и то прва 8 сати након операције, затим током 2 седмице након операције на кољену, те 5 седмица након операције на куку. Ревиварин s.c. у дози 3.436 IU, и еноксапарин s.c. у дози 4.000 IU ординирани су једном дневно и то прва доза вече прије операције, те се континуирано наставља 14 дана постоперативно. Ране тромбозе дубоких вена нису уочене ни у једној групи. Компликација у виду појачаног и продуженог крварења, већих хематома и сл. утврђене су спорадично у мањој мјери, без сигнификантне разлике код пацијената на оралној или конвенционалној тромбопрофилакси. Код пероралне профилаксе је примјеђено мање интраоперативно крварење. Орална тромбопрофилакса има значајно мјесто у алопластици кука и кољена и задовољава исте критеријуме, као конвенционална субкутана профилакса.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

19. Bijeljac S, Manojlović S, Jovičić Ž, **Talić G**, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Artroskopski asistirana rekonstrukcija zadnjeg ukrštenog ligamenta koljena. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 101-2.

*Повреде LCP доводе до хроничне постериорне нестабилности кољена, а временом и до дегенеративних промјена, првенствено пателофеморалног зглоба. Знатно су рјеђе од повреда LCA. Артроскопска реконструкција LCP представља методу избора у лијечењу ове повреде, посебно за спортски активну популацију пацијената. Праћење резултата оперативно лијечених пацијената, након артроскопске реконструкције LCP, те њихов повратак свакодневним активностима као прије повреде. У анализу је укључено 19 пацијената (14 мушкараца и 5 жена) оперисаних у ЗОФМР „Др Мирослав Зотовић“ у периоду јуни 2010. - јуни 2014. године. Код свих пацијената рађена је артроскопска лигаментопластика задњег укритеног лигамента примјеном STG графта. Код свих пацијената је рађена анатомска реконструкција. Постоперативно су укључени у физио-рехабилитациони третман по протоколу установе. Анализирани су и упоређивани параметри добијени клиничким прегледом и функционалним тестовима прије и након операције. Просјечна животна доб оперисаних пацијената је била 25.6 година. Просјечан период праћења је 12 мјесеци. Код 4 пацијента смо имали удружену повреду LCA, код 17 повреде менисуса, који су збринути у истом акту. Компликација у виду постоперативног отока и локално повишене температуре смо имали код 3 пацијента, потреба за ревизионом операцијом нисмо имали. Пажљива евалуација лигаментарних повреда кољена од првог контакта са повријеђеним, постављање праве дијагнозе, избор правог начина лијечења је основни предуслов да се добије максимално могућ опоравак, повратак на ниво активности прије повреде и спријечи развој посттрауматских дегенеративних промјена зглоба. „Техника анатомске реконструкције“ којом се обнавља природна анатомија LCP представља императив у лијечењу руптуре задњег укритеног лигамента посебно код активних професионалних спортиста.*

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

20. Palija S, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, **Talić G**, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Artroskopski tretman u liječenju prednje nestabilnosti ramena. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 119.

*Артроскопска хирургија рамена обухвата дијагностичко-терапијске процедуре, којима се уз специфичан инструментариј кроз кожног иницијалног под визуализацијом врши преглед унутрашњости зглоба као и околних структура, те предузимају одговарајући захвати. Стабилност зглоба рамена је условљена његовом специфичном анатомском грађом коју карактеришу мала коштана подударност, мекоткивне структуре-лабрум, капсула, велики број лигамената и мишића који чине једну цјелину. Приказати предност артроскопске хирургије у односу на остале методе лијечења. У периоду између септембра 2010. до маја 2014. године, у Заводу за ортопедију, физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ урађено је 48 артроскопских интервенција на рамену. Анализом је обухваћено 48 пацијената (31 мушкараца и 17 жена). Од тог броја било је 21 артроскопска реконструкција предњег лабрума (Банкарт лезије), 16 артроскопских реконструкција ротаторне манжетне, те 11 артроскопски асистираних тоалета зглоба (акромиопластика, ресекција прираслица,*



одстрањења калцификата, проксималне тенодезе дуге тетиве бицепса). Сви пацијенти су оперисани у условима опште анестезије, у специфичном положају-латерални декубитус, а рехабилитовани су по протоколу наше установе. Период праћења анализираних пацијената је био од 1-22 мјесеца (просјечно 12 мјесеци). Пацијенте смо пратили клинички и функционално (тестовима). Раних и касних компликација нисмо забиљежили. Артроскопске процедуре у дијагностици и терапији повреда и обољења зглобова значајне су из више разлога: кратак период хоспитализације, минимално оштећење ткива, смањење постоперативног морбидитета и трошкова лијечења, а најважније је кратак период рехабилитације, те брз повратак свакодневним животним активностима, а првенствено се огледају у краткој хоспитализацији, малим ишцизијама коже, у редукацији постоперативног морбидитета и смањењу трошкова лијечења, а највише се огледају у скраћењу времена рехабилитације и бржем повратку свакодневним активностима.

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

21. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Periprostetični prelomi femura. I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 129.

Узроци настанка перипростетичних прелома могу бити: а) Интраоперативни: неадекватан хируршки приступ и извођење оперативног захвата, малпозиција стема (варизирани стем), оштећење кортекса, оштећење калкара малог трохантера; б) Постоперативни: траума, развој системске болести која утиче на квалитет коштаног матрикса (остеопороза, Mb. Paget). Класификација се врши на основу положаја фрактурне линије у односу на положај имплантата, те стабилности стема протезе, а најчешће се користи Ванкувер класификација. Избор методе лијечења зависи од локализације фрактуре, стабилности протезе и квалитета коштане масе. Представити коришћене хируршке методе лијечења (ORIF, ревизионе артропластике и њихова комбинација) ове врсте фрактура у нашој установи. У нашој установи у периоду јуни 2003. - јуни 2014. године извршено је 3020 имплантација ендопротеза кука. Појава перипростетичних фрактура верификована је код 28 пацијената, са радиолошки потврђеном дијагнозом, те клиничким знацима прелома. Преломи су класификовани по Ванкувер класификацији. Сви пацијенти су лијечени хируршки и то имплантацијом ревизионе ендопротезе (18 пацијената), остеосинтезом DCP плочом (5 пацијената) и LCP плочом (2 пацијента), те остеофиксацијом серклагж-жицом (5 пацијената). Након оперативног захвата пацијенти су провели рани физио-рехабилитациони третман по протоколу установе. Код свих пацијената је постигнут потпун опоравак и реституција функционалности доњих екстремитета, као и повратак нормалним свакодневним активностима, уз уобичајена ограничења везана за имплантацију тоталне ендопротезе кука. Значајних компликација нисмо имали. За адекватно рјешење проблема перипростетичних фрактура намеће се једино хируршка интервенција. Да би рјешење било потпуно и трајно неопходан је правилан избор хируршке методе, који зависи од врсте и локализације прелома, као и постојања коморбидитета.

**(0,3x1 бод)=0,3 бода**

22. Jovanović M, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B. Da li je svaka ruptura meniskusa za parcijalnu meniscektomiju? I kongres ortopeda i traumatologa u BiH sa međunarodnim učešćem. 2014. 18-21. Septembar. Jahorina, (BiH): 145-6.

*Артроскопско лијечење повреда менискуса је у модерној ортопедској хирургији често извођен захват. Повреде менискуса су веома честе, и дешавају се како приликом спортских тако и у свакодневним животним активностима. Уклањање повријеђеног дијела или менискуса у цијели, у кратком периоду доводи до престанка тегоба и брзог опоравка, али дугорочно изазива прерану појаву дегенеративних промјена на зглобним површинама које у мањој или већој мјери узрокују губитак нормалне функције кољеног зглоба. Стога се репарација менискуса (у случају када је то могуће) намеће као императив, а ради дуготрајности нормалне функције зглоба кољена. Циљ рада је приказивање техника које се користе за зарастање повријеђеног дијела менискуса, и то материјалом и опремом коју посједује свака операциона сала. У току артроскопије, било у стиналној, регионалној, или локално-инфилтративној анестезији, ако постоје повреде менискуса у зонама са потенцијално могућим зарастањем ("црвена" и дијелом "прелазна" зона) користе се методе репарације: раишање повријеђених површина менискуса, те различите технике шивања. У нашој установи се артроскопске операције на кољену спроводе од 2005, а од 2011. се врши и репарација менискуса. Од тада смо код 72 пацијента извршили неку од процедура за зарастање менискуса. У једном случају процедура није успјела, дошло је до реруптуре, накнадно је урађена парцијална менисцектомија. Користењем метода и техника за репарацију повреда менискуса, које су у основи и јефтине и технички не претјерано захтјевне, могуће је створити услове за зарастање повреда менискуса, које непретрпане могу довести до тешких оштећења зглобних површина, и прераног развоја артрозе зглоба кољена.*

(0,3x1 бод)=0,3 бода

23. Manojlović S, Bijeljac S, Talić G, Jovičić Ž, Palija S, Cvijić P. Kako izabrati implantat u primarnoj artroplastici kuka. 4. Kongres doktora medicine Republike Srpske. 2015. 12-15. Novembar. Teslić (BiH): 291.

*Замјена оштећеног зглоба вјештачким (артропластика) је сложена, мултилатна, ресекциона и иреверзибилна хируршка метода којом се болеснику враћа безболна функција ослонца и покрета. Циљ хируршког лијечења јесте безболан и стабилан кук, повратак покретљивости зглоба, егализација екстремитета, коректан ход без помагала. Као параметар успјешности артропластике узимамо квалитет живота пацијента и дужину трајања имплантата. Трајање зависи од начина фиксације за кост, квалитета имплантата, квалитета имплантације, нивоа активности пацијента. На избор имплантата у примарној артропластици кука утиче: етиологија (дегенеративна обољења, дисплазија, сублуксација, луксација, реуматска обољења, посттрауматска стања, васкуларна обољења, инфекција, метаболичке болести, фрактуре, тумори); квалитет коштане масе; очуваност трохантерног масива и абдукторна полуга; неуролошки статус (неконтролисани покрети). Пацијенти су у односу на раније гојазнији, млађи и дужег животног вијека, активнији, боље образовани и информисани (интернет), имају већа очекивања. Промјена захтјева пацијената, као и доби и општег стања, условила је развој нових типова имплантата који се разликују по концепту, дизајну, начину*



фиксације, односима компонената и хируршкој филозофији. Неопходно је имати избор имплантата који одговара конкретној клиничкој и радиолошкој слици, те анатомским односима и доби пацијента !!! Дуготрајност имплантата и квалитетнији живот са новим, вјештачким зглобом је императив у артропластичној хирургији. Избор имплантата је квалитетан када можемо испунити очекивања пацијената. За испуњење тих очекивања потребно је имати различит избор имплантата. Мањи или већи компромис у избору имплантата су рјешења за хирурга, односно установу, а не за пацијента.

**(0,3x1 бод)=0,3 бола**

24. Cvijić P, Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Nožica-Radulović T. Aloplastika kuka u našoj ustanovi 2003-2014. 4. Kongres doktora medicine Republike Srpske. 2015. 12-15. Novembar. Teslić (BiH): 291.

*Увод: Све болне, артритичне промјене које не реагују на неоперативно лијечење (медикаментозно и физикално) захтјевају хируршки третман на зглобу кука. У основи хируршки третман се дијели на: ендоскопски (артроскопски), остеотомије, те имплантације парцијалне или тоталне протезе кука, које су и најчешћи начин лијечења. Циљ: Приказати наша искуства у имплантацији тоталне ендопротезе кука као начину лијечења зглоба кука на преко 3000 пацијената. Методологија: Радом су обухваћени сви пацијенти којима је рађен оперативни захват имплантације тоталне ендопротезе кука у ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић" у периоду 1.10.2003-30.6.2014. године. Ретроспективна анализа: Историја болести; RTG архива; Регистар имплантата; Фото документација. Сви пацијенти су подвргнути стандардној преоперативној припреми, оперативном захвату (лат. декубитус, проширени постеролат. приступ); тромбоемболијској и антибиотској профилакси. Постоперативна рехабилитација по протоколу установе. Резултати: У наведеном периоду урађено је укупно 3069 алоартропластика кука, од тога 2840 примарних и 229 ревизија (7,6%). Индикације за операцију су биле примарне коксартрозе, секундарне коксартрозе (РА, стање након РПК и других обољења дјечијег кука, посттрауматске коксартрозе, псеудоартрозе, fractura tale sapata), као и трауматска стања (преломи проксималног крајка бутне кости). Просјечна доб оперисаних пацијената је била 63,76 (16 – 81 год). За све имплантације је вођен регистар имплантата (за примарне и ревизионе). Код апсолутне већине је добијен одличан или врло добар резултат. Од компликација смо имали луксације, разлабављења компоненти, перипротетичне преломе, инфекције. Закључак: Имплантација тоталне ендопротезе кука представља најефикаснији начин лијечење узнапредовалих форми коксартрозе. Успјешност хируршког третмана зависи искључиво од правилно постављене индикације за хируршко лијечење, преоперативног планирања, адекватног избора имплантата, досљедног поштовања принципа примарне и ревизионе артропластике, ефикасаног хируршког тима.*

**(0,3x1 бод)=0,3 бола**

25. Palija S, Manojlović S, Talić G, Jovičić Ž, Kuzmanović B, Jovanović M. Uzroci loše primarne alopplastike kuka. 4. Kongres doktora medicine Republike Srpske. 2015. 12-15. Novembar. Teslić (BiH): 292.

*Циљ рада: Указати на најчешће разлоге лоше примарне артропластике са доношењем ставова у погледу превенције и лијечења. Методологија: У ЗОФМР "Др Мирослав Зотовић", у периоду од 01.10.2003 – 25.06.2014. године урађено је*

укупно 3020 алоартропластике кука,од тога 229 ревизија (7,6%). Ретроспективна анализа: Историја болести; RTG архива; Регистар имплантата; Фото документација. Радом је обухваћено 229 пацијената оперисаних (120 мушкараца, 109 жене) у установи у периоду јун 2004-јун 2014.године. Хируршки приступ-продужени постеролатерални,уз остеотомију трохантера према потреби, латерални декубитус. Резултати: Просјечна старост оперисаних је била 66.8 година. Просјечно вријеме протекло од претходне операције 6,35 година (7 дана – 28 година). Раних ревизија смо имали 153, касних 76. Примарно оперисаних у нашој установи је било 66 (28%), у другим установама 163 (72%). У 184 случаја примарни имплантат је била тотална ендопротеза, у 35 парцијална, те у 10 стање након претходног одстрањења ендопротезе. Најчешће индикације за ревизију су биле: Разлабављење ацетабул. компоненте– 48 пацијената; Разлабављење феморалне компоненте– 33; Разлабављење обе компоненте –46; Луксација- 50; Рјеђе индикације су биле: перипротетични преломи, инфекција, прелом имплантата, протрузија ацетабулума, прелом фемура, оштећење инсерта. Интраоперативне компликације смо имали код 35 пацијената (15,2%) : Прелом фемура–13; Прелом трохантера–10; Перфорација фемура–6; Прелом ацетабулума–2,нестабилност-2 Имали смо 15 случајева ре-ревизија. Закључак: Узроке ревизија примарне алоартропластике можемо подијелити на четири фактора: хирург, имплантат, установа, пацијент. Претпоставке за успјех су: 1.доследно поштовање принципа примарне алоартропластике, 2.познавање основних начела имплантације,3.ефикасан хируршки тим, 4. преоперативно планирање, адекватан избор имплантата, 5.операциона сала искључиво за алоартропластике, 6. сталне едукације и консултације са врхунским стручњацима.

(0,3x1 бод)=0,3 бода

26. Miholjčić B, Manojlović S, Jovičić Ž, Talić G, Bijeljac S, Petić M. Ruptura Ahilove tetive - izbor u liječenju. 4. Kongres doktora medicine Republike Srpske. 2015. 12-15. Novembar. Teslić (BiH): 318.

Увод: Руптура Ахилове тетиве се најчешће јавља као последица индиректне трауме претходно дегенеративно измијењене тетиве. Најчешће се јавља код спортиста, нарочито мушкараца. Учесталост у општој популацији износи око 0,2%. Циљ: приказати хируршке технике репарације повређене Ахилове тетиве. Материјал и методе: Овим испитивањем је обухваћен 87 пацијената (78 мушкараца и 9 жена), који су подвргнути хируршком третману руптуре Ахилове тетиве (у 5 случајева обострано), у периоду од 1991.године па закључно са мајем 2014. До 2008.године кориштена је метода ахилопластике по Shigo-у, а од 2008.године и метода перкутане сuture, у зависности од индикације. Резултати: Руптура Ахилове тетиве се најчешће јавља код мушкараца средње животне доби. Хируршко лијечење је била метода избора код свих пацијената. Код већине је постигнут одличан или врло добар резултат лијечења. Од компликација јавило се успорено зарастање ране код једног пацијента. Закључак: Најбољи начин лијечења руптуре Ахилове тетиве је хируршки. Код млађих пацијената метода избора је перкутана сатура, због краћег постоперативног опоравка и времена рехабилитације, као и бржег повратка активностима свакодневног живота.

(0,3x1 бод)=0,3 бода



27. Cvijić P, Manojlović S, Talić G, Kuzmanović B, Miholjčić B, Nožica-Radulović T. Gonartroza - izazovi u liječenju. 4. Kongres doktora medicine Republike Srpske. 2015. 12-15. Novembar. Teslić (BiH).

*Све болне, артритичне промјене које не реагују на неоперативно лијечење (медикаментозно и физикално) захтјевају хируршки третман на зглобу кољена. У основи хируршки третман се дијели на: ендоскопски (артроскопски), остеотомије кољена, те имплантације парцијалне или тоталне протезе кољена, које су и најчешћи начин лијечења. Циљ рада је приказати индикације за хируршки третман гонартроза, односно границу између неоперативног и оперативног третмана кољена. Артроскопски третман подразумјева тоалету зглоба, одстрањење некротичне хрскавице и дегенеративно измјењених менисуса, те разне поступке провоцирања настанка везивног ткива на мјесту хрскавичног дефекта. Остеотомије су најчешће високе тибикалне остеотомије које се раде код варус ангулације кољена (врло ријетко и валгус), а које се преферирају код пацијената млађих од 60 година. Данас се најчешће као третман узнапредовалих гонартроза користе имплантације парцијалне и тоталне ендопротезе кољена. У раду ћемо приказати наша индикациона подручја на преко 1700 имплантираних протеза кољена. Прецизније ће бити побројане и уже индикације у односу на клиничку тежину деформитета, тегобе пацијента, дужину неоперативног лијечења, као и у односу на доб пацијента. Успјешност хируршког третмана зависи искључиво од правилно постављене индикације за хируршко лијечење, као и правилно изабране методе хируршког лијечења.*

(0,3x1 бод)=0,3 бода

Укупно бодова:

91,75 бодова

г) Образовна дјелатност кандидата

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

Вредновање наставничких способности

Учествовао као асистент на предмету Хирургија Медицинског факултета Универзитета у Бањалуци од 1997. до 2000.

10 бодова

Конференције, скупови, радионице, едукације у иностранству

Укупно бодова:

10 бодова

д) Стручна дјелатност кандидата

1. Стручни рад у часопису националног значаја са рецензијом

- 1.1. Tatjana Nožica-Radulović, Tatjana Erceg, **Slavko Manojlović**, Goran Talić, Milica Lazović. Uticaj preoperativne i rane postoperativne rehabilitacije na trajanje liječenja bolesnika sa totalnom endoprotezom кука. Scr Med 2007,38:87-90.

*Рехабилитација болесника са уграђеном тоталном ендопротезом кука започиње дијелом и прије самог оперативног захвата, а наставља се након операције. Важно је да болесник активно учествује у његовој припреми за операцију, а затим и у процесу рехабилитације након уградње ендопротезе кука. Медицинску рехабилитацију проводи група различитих стручњака, који обезбеђују потребне мјере и поступке. Циљ рада је био да се испита утицај преоперативне и ране постоперативне рехабилитације на вријеме лијечења болесника са уграђеном тоталном ендопротезом кука. Испитивање је проведено у групи од 90 болесника на рехабилитацији након уградње тоталне ендопротезе кука. Болесници су подијељени у двије групе. Прву групу је чинило 50 болесника који су имали организовану преоперативну и рану постоперативну рехабилитацију, а другу 40 болесника који су имали само постоперативну рехабилитацију. Болесници прве групе су оперисани и рехабилитовани у ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ у Бањој Луци у периоду од октобра 2003. до јуна 2004. године, а друге током 1998. године. У контролној групи трајање рехабилитације је статистички значајно дужије трајало. Усклађеним тимским радом и активним учешћем болесника у преоперативној припреми и рехабилитацији за оперативни захват, те добро организованом постоперативном рехабилитацијом у хируршкој јединици и ван ње, скраћује се вријеме лијечења болесника са уграђеном тоталном ендопротезом кука.*

(0,5x2 бода)=1 бод

2. Стручни рад штампан у зборнику абстраката

- 2.1. Jovičić Ž, Manojlović S, Bijeljac S, **Talić G**, Palija S. Tuberkuloza koljena-prikaz slučaja. Zbornik sažetaka Prvog kongresa ortopedskih hirurga i traumatologa Srbije; 2008. Sep. 25-26; Beograd (Srbija): 235.

*Пацијенткица у доби од 52 године јавља се на преглед због болова, отока, ограничених порета већег степена у кољену, те отежаног кретања уз веома болан ослонац на десну ногу. Клинички и радиолошки верификује се запаљење десног кољена, те се индикује оперативни захват. Због наведених тегоба, које су почеле у октобру 2004. године, лијечена је под контролом ортопеда, у другој установи. 03.01.2005. године урађена је операција због Бекерове цисте десног кољена. Због нејасне фебрилности хоспитализована је и на Ревматолошкој клиници КЦ Бања Лука. Након преоперативне обраде, у склопу које се 7 дана прије пријема узме пунктат зглоба на микробиолошку обраду, пацијенткица је хоспитализована на нашем одјељењу од 19.07. до 15.08.2005. године. SE на пријему 124. Учини се артритомија кољена са евакуацијом пурulentног садржаја и секвестара кости и хрскавице. Постављена је проточна дренажа, те зглоб испиран 7 дана раствором Тауроллина. третирана антибиотицима Лонгацефом и Ефлораном. Постоперативно је укључена у терапију хипербаричне оксигенације која се састојала од 10 третмана. Проведена је рана рехабилитација. У међувремену 12.08. долази налаз микробиолошке обраде гдје се у пунктату изолује *Mycobacterium tuberculosis*, након чега се отпушта на кућно лијечење уз препоруке*



за туберкулозатску терапију по протоколу. Тројна туберкулозатска терапија искључена 7 мјесеци постоперативно. На прегледу 18 мјесеци од операције индикује се нови оперативни захват у смислу имплантације тоталне ендопротезе, односно артропластике кољена. Учини се преоперативна обрада, SE 37/67, CRP 1,5, те се 18.05.2007. године изврши планирани оперативни захват који протекне уредно, као и непосредни постоперативни ток. У току једногодишњег праћења пацијентике није било знакова запаљења, разлабављења или других компликација након артропластике кољена.

0 бодова

### 3. Рад у зборнику са међународног стручног скупа

- 3.1. Manojlović S, Bijeljac S, Jovičić Ž, Talić G, Palija S, Cvijić P, Kuzmanović B, Miholjčić B, Jovanović M. Prelom stema endoproteze kod nesrasle subtrohanterne osteotomije femura (prikaz slučaja). Zbornik radova Kongresa HUOT; 2012. 12-15.4; Primošten (Hrvatska).

Пацијент: К. К., женско, 55 година, пензионер, живи у Бечу (Аустрија). У анамнези урођена луксација оба кука Уназад пет година јаки болови и отежано кретање. Први преглед - знатно редуковани активни покрети у оба кука, пасивно коректибилни. РТГ – обострано висока неослоњена луксација. Примљена на Одјељење за ортопедску хирургију Завода "Зотовић" 06.04.2009. године. Анатоомске карактеристике: Деформисан фемур са продуженом дијафизом, велика антеверзија врата фемура, сужен феморални канал, неразвијен ацетабулум, инсуфицијентна мускулатура, скраћен неуроваскуларни сноп. Април 2009. године- прва операција (лијеви кук): Implantatio endoprothesis totalis cementless coxae l.sin ; Osteotomia abbreviationis femoris l.sin (cca 6 cm). У јуну 2009. проводи стационарни физико-реhabилитациони третман у трајању од 3 седмице. Новембар 2009. године- друга операција (десни кук): Implantatio endoprothesis totalis cementless coxae l.dex ; Osteotomia abbreviationis femoris l.dex (cca 6 cm). У јануару 2010. проводи стационарни физико-реhabилитациони третман у трајању од 3 седмице. Мај 2010. године- појава тегоба у десном куку (бол и ограничење покрета). Октобар 2010. РТГ снимак – прелом дисталног дијела феморалног стема, несрасло мјесто остеотомије. Преоперативно планирање: Ацетабулум- радиолошки стабилан. Одстрањење постојећег стема и одломљеног врха. Вађење одломљеног врха стема- дилема: остеотомија или кортикотомија или потискивање у дистални дио фемура. Фиксација - стем са дисталном фиксацијом, дилема: стем са модуларним вратом или модуларни ревизиони стем. Новембар 2010. године- ревизија десног кука: Одстрањење поломљеног стема, одломљени врх потиснут дистално, те имплантација модуларног ревизионог стема. Пацијентика отпуштена након провођења постоперативног физикалног третмана у трајању од 2 седмице. Након годину дана праћења радиолошки и клинички налаз уредан. Могући узрок прелома стема: Изостављање кортикалног грефона (интраоперативни технички пропуст), што је довело до несрастања субтрохантерне остеотомије, те губитка медијалног упоришта стема, и као крајњи резултат- прелома стема. Закључак: У свим случајевима абрeвијационе субтрохантерне остеотомије фемур је потребно: ресецирани дио кости у облику грефона поставити на мјесто остеотомије, нарочито са медијалне стране, како би се успјешно зарастење остеотомираних површина, те на тај начин омогућило правилно оптерећење стема протезе у феморалном каналу.

(0.3x3 бода) = 0.9 бодова

<b>Стручна књига издата од домаћег издавач</b>	
1. Монографија „100 година прве бањалучке ортопедије“, издавач, 2015.	<b>3 бода</b>
<b>Међународни стручни пројекат у својству руководиоца пројекта</b>	
<b>Национални стручни пројекат у својству руководиоца пројекта</b>	
<b>Укупно бодова:</b>	<b>4.9 бодова</b>

<b>ДЈЕЛАТНОСТ</b>	<b>БРОЈ БОДОВА</b>
Научна	<b>91.75</b>
Образовна	<b>10</b>
Стручна	<b>4.9</b>
<b>Укупно:</b>	<b>106.65 бодова</b>

### **ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ**

Анализом досадашњег рада кандидата др сц. мед. Горана Талића закључујемо да постоји значајан ангажман на научном, стручном, образовном и истраживачком пољу, о чему говори велики број научних и стручних радова објављених у часописима и зборницима радова са домаћих и међународних стручних и научних скупова. Посебно се истиче научно-истраживачка и стручна активност у превенцији и лијечењу идиопатских адолесцентних сколиоза, као и превенцији и лијечењу развојног поремећаја кука. Треба истаћи активности у едукацији млађих ортопеда у овим уско специјалистичким областима те Априлску награду Града Бања Луке за организацију здравствене службе. Члан је Коморе доктора медицине Републике Српске и Члан удружења ортопеда Републике Српске.

Кандидат је успјешно одржао приступно предавање дана 20. фебруара 2017. године и добио је позитивно мишљење од стране комисије. Имајући у виду чињенице наведене у Извјештају, Комисија сматра да кандидат др сц. мед. Горан Талић има научну и стручну зрелост да активно учествује у извођењу, развоју и унапређењу наставе у ужој научној области Хирургија. На основу анализе броја и квалитета објављених радова и научно-истраживачке активности, Комисија констатује да кандидат др сц. мед. Горан Талић испуњава све услове објављеног конкурса за избор у звање наставника за ужу научну област Хирургија.



Пошто кандидат др сц. мед. Горан Талић испуњава све услове за избор у звање доцента наведене у члановима 74-84 Закона о високом образовању, те члановима 133-140 Статута Универзитета у Бањој Луци и Правилника о поступку и условима избора наставника и сарадника на Универзитету у Бањој Луци (бр.0204-3-1537-106/13 од 28.6.2013.), Комисија једногласно и са задовољством предлаже Наставно-научном вијећу Медицинског факултета у Бањој Луци, те Сенату Универзитета у Бањој Луци да се др сц. мед. Горан Талић изабере у звање доцента за ужу научну област Хирургија.

*Потпис чланова комисије*

Проф. др Предрг Грубор, редовни професор  
Ужа научна област Хирургија  
Медицински факултет Бања Лука

Prof. dr. PREDRAG GRUBOR

Проф. др Александар Јаковљевић, ванредовни професор  
Ужа научна област Хирургија  
Медицински факултет Бања Лука

Aleksandar Jakovljevic

Prof. dr. sc. Zdenko Ostojic  
specijalista ortopedije

Проф. др Зденко Остојић, редовни професор  
Ужа научна област Хирургија  
Медицински факултет Мостар

Zdenko Ostojic

Бања Лука-Мостар, март 2017. године